

Carrera profesional: docencia e investigación

José María Verdú Rotellar

Doctor en Medicina y Cirugía. CAP Sant Martí. Profesor asociado del Departamento de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Cuestiones para el debate

- El concepto de carrera profesional aparece dentro de un clima de descontento generalizado que tiene que ver con la sobrecarga asistencial, la pérdida de poder adquisitivo, la drástica disminución de suplentes y la falta de reconocimiento social. Desde

el punto de vista de un médico de familia que se dedica a la asistencia, ¿la implantación del modelo de carrera profesional ha paliado alguna de estas carencias?

Palabras clave: Atención primaria • Carrera profesional • Investigación • Docencia.

¿Son sinónimos carrera profesional y desarrollo profesional?

Hay cierta confusión entre los conceptos de desarrollo profesional (DP) y carrera profesional (CP), incluso las leyes que los recogen –Ley de Cohesión y Calidad del sistema de Salud (LCC), Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y la Ley del Estatuto Marco (LEM)– mezclan contenidos y definiciones en su articulado¹.

Podríamos definir el DP como el proceso por el que una persona que ejerce una profesión mantiene y mejora su grado de competencia. Implica una dinámica activa de progresión, mantenida durante toda la vida profesional en busca de la excelencia de la práctica y comprende los ámbitos de conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes en el ámbito de la actividad asistencial docente e investigadora. El DP es una variable importante de la calidad de vida laboral y es objetivable si la organización promueve, permite, facilita o, incluso, exige el desarrollo completo de los médicos de familia^{1,2}.

La CP es el resultado de la valoración de sólo algunos elementos del DP en relación con el contexto laboral del personal sanitario¹.

¿Qué elementos deberían valorarse en la carrera profesional?

En primer lugar, se debería valorar la calidad de la atención prestada en el trabajo cotidiano, teniendo en cuenta que la calidad es realizar la mejor atención con los medios disponibles, y, en segundo lugar, el conjunto de actividades relacionadas más o menos directamente con ésta (formación continuada, docencia, investigación y gestión), estableciendo un equilibrio que respete la proporcionalidad de cada una de ellas, priorizando la tarea asistencial cotidiana, y teniendo en cuenta el lugar donde se ejerce²⁻⁴.

Si tenemos en cuenta que el criterio fundamental y el que, por tanto, tiene más peso específico es la competencia profesional y la calidad de la atención prestada, deberían establecerse claramente los procedimientos formales de evaluación que quizás deberían en nuestro caso centrarse en las competencias del médico de familia recogidas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)⁴ y no centrarse en opiniones subjetivas de la dirección de los centros, ni en farrosgos y burocratizados cuestionarios ajenos a la mayoría de los profesionales de la atención primaria (AP).

Algunas sociedades científicas creen que la reacreditación mediante pruebas objetivas, como las ECOE (Evaluación

Clínica Objetiva Estructurada) podría ligarse a la CP, cuestión que en la actualidad no contempla ningún modelo.

¿Debería estandarizarse la evaluación de la carrera profesional?

Debería acordarse un marco general de acreditación y evaluación de méritos basados en los principios de igualdad y capacidad, con criterios y procedimientos de valoración claros, objetivos y transparentes²⁻⁴. El nivel de CP debería ser un certificado de excelencia independiente del ámbito donde se ejerza, para así constituirse en un mérito incuestionable en oposiciones, traslados, acceso a la docencia de pregrado y posgrado. De este modo, se convertiría en un auténtico incentivo en la vida profesional.

Resulta paradójico que simplemente por criterios de tiempo y espacio, profesionales con la especialidad recién terminada sean tutores de residentes, mientras que otros con amplio bagaje profesional no tengan acceso por razones ajenas a su trayectoria. En la acreditación y la reacreditación de centros, el nivel de CP de sus profesionales debería gozar de más importancia que otros factores arbitrarios que se tienen en cuenta en la actualidad.

Se ha de tener en cuenta la dificultad de trabajar en medios rurales o aislados. El lugar donde ejerza el profesional no debe generar desigualdades. Hay que establecer medidas que compensen las desventajas del medio rural en el acceso a los distintos niveles de CP³.

¿Cómo articular de un modo realista la formación continuada, la investigación y la docencia dentro de la carrera profesional?

El uso de la formación como herramienta de la incentivación en la CP tiene como efecto una competencia profesional más alta y una calidad asistencial mayor. Pero se deberían tener en cuenta los aspectos siguientes: las actividades de formación continuada deben realizarse en el marco de una planificación adecuada para permitir cubrir las necesidades formativas en las áreas más prioritarias y la planificación de programas o actividades de formación continuada deben realizarse con criterios de calidad, dentro de procesos que permitan evaluar resultados y mejorar su desarrollo. A corto plazo, la necesidad se centra en detectar los déficit formativos y paliarlos y, a largo plazo, se debería comprobar los resultados en la práctica de las actividades realizadas. La formación continuada debe estar integrada como parte de la ac-

tividad cotidiana y considerar su preparación y desarrollo como tiempo efectivo de trabajo (aunque les pese a nuestros gestores), por lo que debe contemplarse en los aspectos organizativos de la actividad de los centros, reservando tiempo tan “sagrado” como el asistencial, así como dotar de los recursos técnicos y económicos suficientes que garanticen su acceso a todos los profesionales⁵.

No se debe dudar que la investigación es primordial en todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios. Con la reforma de la AP se pusieron las bases para la investigación, pero aún nos encontramos a niveles bajísimos. La producción científica es baja y con escaso factor de impacto. Los documentos citables en el mapa bibliométrico del FIS 1994-2000 constituyen tan sólo el 0,4% del total, son escasos los estudios multicéntricos, trabajos financiados por agencias extranjeras y participación en ensayos clínicos⁶.

La contribución es baja, pese a que en AP trabaja un tercio de los profesionales por varios argumentos repetidamente esgrimidos: falta de tiempo, investigador aficionado, vocacional, fuera del horario laboral y casi siempre sin compensación por ello, no se suele incluir la investigación en los objetivos de los gestores de AP, ni priman los niveles de CP para el acceso a comisiones o de unidades de investigación.

La investigación que se reconoce suelen ser publicaciones en ocasiones sin claros indicadores para su evaluación; además, no todos los médicos de familia desean y están formados adecuadamente para investigar.

Por lo tanto, deberían de crearse líneas de investigación estables, con claros objetivos, considerar el tiempo de investigación como jornada laboral y situar como líderes de las líneas de investigación a los profesionales cuyo currículum investigador tenido en cuenta para la CP fuera máximo. A los profesionales que por el entorno en que trabajan sea complicada la tarea de investigar, o simplemente porque no desean investigar (si bien todo los profesionales investigamos en nuestra práctica diaria), se les debe permitir el acceso a niveles superiores de CP mediante otros méritos diferentes.

Respecto a la formación continuada y la docencia, se tiene poco en cuenta, o no se valora en absoluto la formación dentro de los equipos (cuya preparación y desarrollo debería contabilizarse como horas de jornada laboral, aunque les pese a nuestros gestores), actividad que varios estudios han mostrado como la más efectiva en introducir cambios en la práctica clínica⁷.

La CP debería ser un verdadero acicate para fomentar la formación, la investigación y la docencia. Las direcciones de AP deberían centrar sus esfuerzos en diseñar programas estables y lógicos de formación para mejora de la práctica clínica, favorecer líneas de investigación estables que evitasen la dispersión que suponen las “investigaciones del momento” para la publicación en revistas sin impacto o comunicaciones de congresos sin resonancia científica, debería reco-

nocerse la docencia impartida en los centros de trabajo y debería ponerse al frente de los programas de formación, unidades de investigación y docencia pregrado y posgrado a las personas con mejores puntuaciones en esos epígrafes en la valoración del nivel de CP.

¿Confluyen los intereses de los gestores y los profesionales de atención primaria en el modelo y concepto de CP?

Según lo publicado en algunos artículos, podríamos resumir que para los gestores la CP es un instrumento de gestión y de DP que motive e incentive a los profesionales para que se traduzca en una mejora de la calidad asistencial que miden según el cumplimiento de objetivos asistenciales, competencias y compromiso con la organización⁸.

En la práctica, en muchos casos, la medida de estos méritos tiene un importante componente subjetivo (p. ej., valoración del compromiso con la empresa por el equipo de dirección), centrado más en los intereses y los objetivos de los gestores que en los de los profesionales y con un componente burocrático importante. La recompensa por alcanzar los distintos niveles de CP son exclusivamente económicos, lo que puede convertir la CP en una especie de trienios disfrazados³ que palíen sólo en parte el descontento generalizado por parte de los médicos de familia que reciben una de las retribuciones más bajas de nuestro entorno. Por otra parte, hay otras estrategias, mejores que la CP, como la dirección por objetivos, para valorar la consecución de objetivos asistenciales y el grado de compromiso con la institución donde se trabaja.

Desde el punto de vista de los profesionales, la CP debería ser un sistema de incentivación y promoción basado en el reconocimiento obtenido por la dedicación y la cualificación alcanzada por el médico de familia en las funciones que le son propias.

Si la promoción no se acompaña de la asunción de nuevas actividades o responsabilidades profesionales y de la reducción o abandono de otras, la carrera no contribuirá al DP, ni motivará a los profesionales. Prácticamente ningún modelo de CP contempla esta promoción real, incluso los modelos

canario y catalán establecen explícitamente que la CP no supondrá ningún cambio en la actividad profesional².

En Europa hay experiencias sobre distinciones en prerrogativas, horas de consulta, funciones docentes y administrativas, no sólo en incrementos salariales.

Los profesionales de AP no sólo desean ver reconocidos sus méritos mediante recompensas extrínsecas (recompensas económicas), son más importantes las recompensas intrínsecas, como la satisfacción por avanzar en el conocimiento y habilidades de la profesión, percepción de sentirse experto y percepción de que los esfuerzos por alcanzar la excelencia son apreciados y valorados por las entidades para las que trabaja²⁻⁴.

Es posible entender la CP como un reconocimiento del perfeccionamiento de competencias profesionales y del compromiso con la organización mediante una promoción profesional con efectos en ámbito retributivo laboral y en el DP. Actualmente, sólo los retributivos parecen tener preponderancia².

La CP debería significar progreso efectivo hacia la excelencia y no un simple disfraz del actual fracaso que supone el manejo de la promoción y el cuidado de sus profesionales por parte de la administración, que en lugar de premiarlos y promocionarlos, palía la falta de recursos con un alargamiento de sus jornadas y una mayor carga de actividades, sin tener en cuenta de modo efectivo ni su experiencia, habilidades, ni el compromiso efectivo con la profesión.

Bibliografía

1. Martín Zurro A. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el sistema sanitario español. *Jano*. 2005;1626:66-71.
2. Simó J, Casado V. Carreras profesionales. ¿Algo más que reconocimiento? *Aten Primaria*. 2006;38:405-8.
3. Grupo de trabajo de la SEMFYC. La carrera profesional del médico de familia (I). *Aten Primaria*. 2004;34:256-62.
4. Grupo de trabajo de la SEMFYC. La carrera profesional del médico de familia (II). *Aten Primaria*. 2004;34:306-12.
5. Estevez-Lucas J, Ruiz de Adana R. Carrera profesional y formación continuada. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:431.
6. Fernandez I. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;31:281-4.
7. Pardell-Alentá H, Gómez-Asorey C. ¿De quién es responsabilidad la formación continuada de los médicos? *Aten Primaria*. 2006;37:350-4.
8. Bataller ML. El modelo de carrera profesional en el Institut Català de Salut. *Jano*. 2005;1558:37-8.