

## La carrera profesional del médico de familia (y II)

Grupo de trabajo de la semFYC\*

### Características generales (continuación)

– *Homogeneidad* para todo el Sistema Nacional de Salud aunque existan aspectos diferenciales para cada servicio de salud de las comunidades autónomas, e incluso para distintas redes asistenciales dentro de la misma comunidad. Debería acordarse un marco general de acreditación y evaluación de méritos en el seno del Consejo Interterritorial al que le correspondería una función armonizadora y de vigilancia de la calidad del modelo. Lo que sí parece aconsejable es que exista una CP en el conjunto del Sistema de Salud y que afecte tanto al sector público como al privado.

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

– *Basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad con criterios y procedimientos de valoración claros, normativos, explícitos (objetivos) y transparentes*. Los procedimientos de consideración de los méritos de los aspirantes deberían evitar al máximo el riesgo de actividades de influencia. El lugar donde ejerza el médico de familia no debería generar desigualdades en cuanto a falta de acceso a los méritos necesarios para su progresión profesional. Hay que establecer medidas que compensen las posibles desventajas de los profesionales que trabajan en el medio rural.

– *Diferenciación de la vertiente asistencial de la administrativa y gestora*, aunque pudieran existir criterios que permitieran la interrelación y el trasvase de recursos humanos de unas a otras.

– *Organización en categorías, grados o niveles*. Deberían caracterizarse por una progresión creciente en el esfuerzo para alcanzarlas y esta tensión debería durar lo que dura la vida laboral. Las categorías no deberían tener una limitación porcentual, a modo de escalafones jerárquicos que sólo puedan cubrirse cuando el decremento vegetativo lo permita, pues el incentivo perdería todo su sentido.

– *Desarrollo de la promoción profesional en función de las propias aspiraciones*, graduando la velocidad de ascenso el trabajador. Es, por tanto, voluntaria y es posible el estancamiento. Al respecto conviene diferenciarla de la certificación periódica (revalidación), si es que ésta se llega a implantar: se refiere a las condiciones mínimas de capacitación que la organización exige se esté en la categoría en que se esté. Cuestión distinta es que un profesional acredite méritos suficientes para su promoción y, como consecuencia, se considere que ha superado la revalidación.

– *Las categorías deberían ser suficientemente discriminativas* y el uso de la denominación de cada una de ellas debería estar reservado a los profesionales que las tengan reconocidas. Aunque la opinión mayoritaria es que las categorías adquiridas se consolidan, existen proyectos autonómicos en fase muy avanzada de desarrollo que permiten el estancamiento y también el descenso a otras inferiores. Parece que este aspecto de la CP podría quedar al arbitrio de las comunidades autónomas. Aunque en la práctica da la impresión de ser un aspecto importante dentro del modelo, no lo es tanto si tenemos en cuenta los requisitos y salvaguardas de los procedimientos disciplinarios dentro de los sistemas públicos. En cualquier caso, regular esta circunstancia no será tarea baladí.

La categoría adquirida implica mayores retribuciones económicas, mas debe insistirse en que éste no es el principal efecto de la CP. Anteriormente se mencionaron otros incentivos por los que se mueven los profesionales, tanto de carácter intrínseco como extrínseco; el reconocimiento profesional no es el menor de ellos. Hay que recordar que la organización tiene otros procedimientos de incentivos económicos consecuencia de la productividad variable, el ahorro, la fidelidad, etc. Utilizar la CP como un procedimiento encubierto para mejorar las condiciones salariales –que sí deben mejorarse– no parece la mejor estrategia.

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

Las Dras. Pilar Gayoso e Isabel Fernández han leído el manuscrito y aportado interesantes sugerencias que se han incorporado.

Correspondencia: Grupo de trabajo semFYC.  
Portaferriusa, 8, pral.  
08002 Barcelona. España.

Manuscrito recibido el 19 de mayo de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 19 de mayo de 2004.

Palabras clave: Carrera profesional. Médico de familia. semFYC.

– La CP debería poder ser asumida, tanto financiera como organizativamente, por el Sistema Nacional de Salud. La consideración de las cargas burocráticas en el reconocimiento de categorías es un asunto que debería tenerse muy en cuenta, pues puede que los costes de transacción sean tales y la judicialización de los reconocimientos tan frecuente que transformen un sistema de incentivos en un continuo conflicto, de modo que se pierde la acción incentivadora buscada.

Como se dirá más adelante, en cuanto a los efectos de la CP, la estructuración en categorías representa un sistema normalizado de reconocimiento de méritos que puede ser considerado en múltiples incentivos.

### Ordenación y articulación

Las distintas propuestas existentes o en proyecto difieren tanto en el número de categorías como en su designación y en los tiempos de permanencia en cada una de ellas. Una propuesta más es tan discutible como cualquier otra al no tener referentes externos que nos permitieran validarla; aunque éste no es el hecho esencial, será difícil armonizar unos modelos de CP con otros. Lo importante es la existencia misma de las categorías, niveles o grados, como dice la Ley de Cohesión y Calidad (LCC), y los criterios para acceder a cada una de ellas. Sí parece lógico que se establezcan períodos mínimos de permanencia, pues difícilmente se puede tener una garantía de la calidad de la atención prestada o la adquisición de méritos complementarios, salvo perversión del sistema, sin la suficiente experiencia para obtenerlos, y también parece conveniente que la dificultad sea creciente conforme se avanza en la CP. Lo que no parece necesario es establecer tiempos máximos, ya que se considera que es posible el estancamiento en cualquier nivel. El propio funcionamiento administrativo de los reconocimientos de méritos, tal como se expresó más arriba, aconseja que el número de niveles no sea excesivo. La LCC establece 4 niveles, dando una opción de 5, con un período mínimo de permanencia en cada nivel de 5 años, de modo que puede alcanzarse el máximo nivel en 15 o 20 años. En cuanto a los nombres de cada categoría, podrían proponerse (y también rechazarse) los de médico especialista en medicina de familia (I), médico de familia sénior (II), médico de familia consultor (III) y médico de familia consultor sénior (IV). El grupo de trabajo propone que, para alcanzar el nivel III, el aspirante tenga una experiencia de 10 o más años de práctica profesional, pero no condiciona que tenga que estar en cada uno de los anteriores 5 años, del mismo modo que tampoco condiciona que tenga que estar un tiempo determinado en este nivel para alcanzar el nivel IV, siempre y cuando cumpla los requisitos exigidos para obtenerlo (tabla 1). Los tiempos de permanencia son una consecuencia más que un requisito; es decir, para obtener los méritos competenciales que se precisan en la progresión el aspirante tiene que consumir un tiempo de ejercicio profesional.

La certificación periódica o revalidación que deberían contemplar los modelos de CP se propone con una periodicidad de 5 años y con carácter obligatorio para todos los profesionales. Se entiende que la adquisición de un grado es una forma de revalidación y que ésta no sería necesaria hasta haber transcurridos 5 años.

### Procedimientos y órganos de evaluación

Su objetivo es legitimar la CP como modelo incentivador y discriminar el grado de esfuerzo hasta el nivel de desagregación individual salvaguardando la equidad. Para ello debería ponderar de forma distinta las actividades susceptibles de recompensa, de modo que fuera mayor el valor de los esfuerzos directamente relacionados con el incremento de la eficiencia y de la calidad percibida, que son los relacionados con el cotidiano mantenimiento de la calidad de la atención, y menor el de los que de forma mediata influyen en ésta: formación, docencia, investigación y gestión clínica. Tiene que ser homogéneo en el seno de la organización, de forma que actividades semejantes tengan semejantes traducciones en méritos, y debe ser escasamente permeable a los comportamientos oportunistas; la percepción por parte del profesional de inequidades en la consideración de los méritos adquiridos puede representar un obstáculo en la implementación de la CP.

Otro de los requisitos es su factibilidad, es decir, debería poderse gestionar burocráticamente sin grandes costes de transacción, tanto en tiempo y recursos humanos como en recursos económicos. La reducción máxima de la burocratización del modelo pasa por reducir al máximo el papel de la administración y dar protagonismo a los profesionales y a sus sociedades científicas en todas las fases de la evaluación, tal como se explicará más adelante.

Es fundamental que sea aceptable para todos los agentes implicados, y las encuestas realizadas a éstos en múltiples ocasiones han mostrado que son las sociedades científicas, en primer lugar, y la Administración pública, en segundo,

**TABLA 1**  
**Esquema de carrera profesional del médico de familia<sup>a</sup>**

Categorías	Denominación <sup>b</sup>
Revalidación	Común para todos <sup>c</sup>
Nivel 1	Médico de familia
Nivel 2	Médico de familia sénior
Nivel 3	Médico de familia consultor
Nivel 4	Médico de familia consultor sénior

<sup>a</sup>Para alcanzar el nivel 3 es preciso tener una antigüedad de 10 años o más. El nivel 2 se puede alcanzar en cualquier momento si se tienen los méritos exigidos. Tampoco existe un tiempo mínimo de antigüedad entre los niveles 3 y 4.

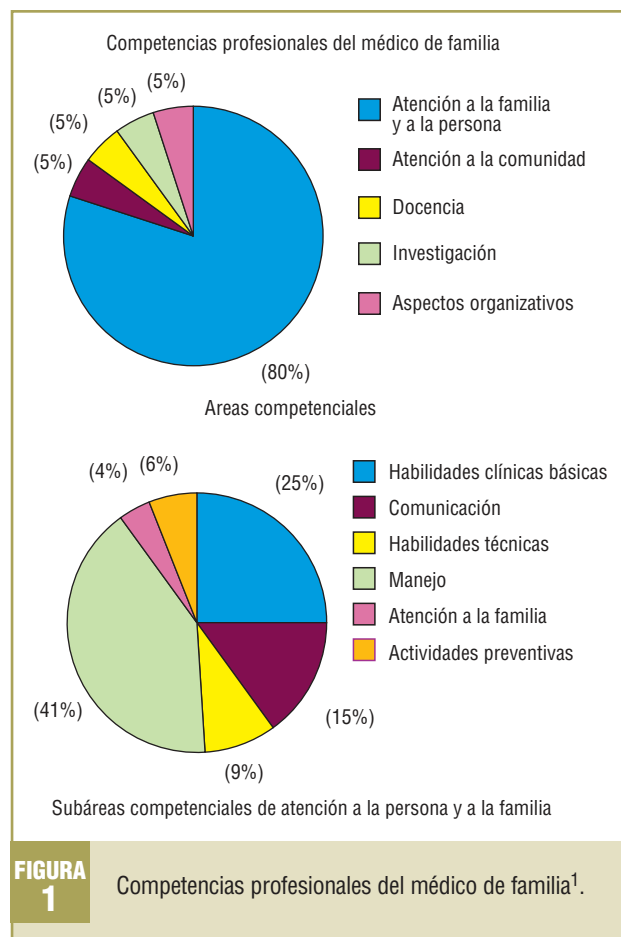
<sup>b</sup>Los nombres de las categorías son orientativos.

<sup>c</sup>Se entiende que el acceso a un nivel superior es una forma de revalidación que no tendría que repetirse salvo que haya transcurrido un tiempo superior a los 5 años desde la obtención de éste.

las que gozan de mayor consideración, respeto y confianza<sup>1</sup>.

El sistema de información y medición debería reducir el error de estimación al mínimo posible, lo que significa, al menos, la posibilidad de realizar auditorías y evaluaciones del desempeño de carácter individual. Esta reflexión condiciona un sistema de medición nada fácil de aplicar y que determinará unos costes de transacción elevados si deseamos que sea transparente, riguroso y creíble. Es relativamente fácil determinar si un centro de salud tiene función docente o dispone de acceso a determinadas pruebas diagnósticas, pero exige mayor esfuerzo evaluar aspectos de calidad técnica relacionados con el razonamiento clínico correcto o el conjunto de servicios que presta un profesional en concreto; no sería aceptable, por falta de equidad, la evaluación de cada uno de los miembros de un equipo por el funcionamiento global de éste. Por otra parte, mantener la equidad en este aspecto significa desarrollar un modelo con igualdad de oportunidades para la formación continuada, la docencia y la investigación, y que, si alguna de estas funciones no puede realizarse, que otras puedan suplirlas. Significa también que se mantenga el mayor rigor posible para minimizar el riesgo de actividades de influencia a las que tan sensible puede ser este tipo de incentivos. En este momento hay muchas propuestas de ponderación de los méritos, incluso algunas comunidades autónomas proponen la creación de agencias de evaluación de recursos humanos que realicen esta función. Por otra parte, en algunos centros hospitalarios son los profesionales del propio centro, junto con la dirección de éste, los encargados del reconocimiento de méritos. La LCC, ya publicada, la Ley del Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) también tienen en cuenta algunos criterios generales, entre ellos, y muy importante (LOPS), el que atribuye a los profesionales (evaluación por pares) el papel fundamental.

Si tenemos en cuenta que el criterio fundamental y, por tanto, el que tiene que tener el mayor peso en el sistema de medida es la competencia profesional y la calidad de la atención prestada, deben establecerse muy claramente los procedimientos fundamentales de evaluación. En atención primaria es posible un sistema que contemple la evaluación de la calidad de forma individual; de hecho, en mayor o menor medida, con mayor o menor validez, ya se está produciendo, aunque exige una revisión tanto de los criterios como de los procedimientos. En primer lugar, se tendrán en cuenta las competencias fundamentales del médico de familia tal como se enuncian en el nuevo programa de la especialidad (tabla 2)<sup>2</sup> y de una forma más esquemática en la figura 1, adaptada del documento de evaluación de la competencia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)<sup>3</sup>; este gráfico proporciona un punto de partida (que precisa ajustes y modificaciones) para considerar la ponderación de las distintas funciones y recompensas. En segundo lugar, se deben considerar los



procedimientos enunciados en la tabla 3, bien de forma complementaria o alternativa. Existen experiencias nacionales e internacionales de evaluación de la competencia profesional mediante el sistema de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO-E)<sup>3</sup>, y también existen experiencias de evaluación mediante la valoración de la actividad clínica desarrollada por el profesional durante un período, como el procedimiento Royal College of General Practitioner para otorgar los reconocimientos de *member* y *fellow*<sup>4</sup>. Estas experiencias se han aplicado en distintos ámbitos de práctica clínica (urbanos y rurales, socioeconómicos, etc.) y se basan en la evaluación del trabajo de los candidatos como médicos, con sus propios pacientes y en su ámbito laboral. En síntesis tiene en cuenta el cumplimiento de una batería de criterios que tienen que ver con la atención clínica, actividades de promoción de la salud, *self-audit*, trabajo en equipo y aplicación de guías de práctica clínica (tabla 4) a lo largo de un período. Se evalúan mediante una memoria escrita por el aspirante que prueba que los ha satisfecho, y a esta evaluación se añaden valoraciones de consultas reales o simuladas grabadas en vídeo y visitas de comprobación y auditoría sobre el terreno. A ello se puede añadir otro criterio como la satisfacción de los

**TABLA 2** Perfil profesional del médico de familia<sup>2</sup>

Áreas competenciales	Contenidos
Comprensión, razonamiento clínico, gestión y bioética	Atención a problemas de salud poco definidos y/o en fases incipientes
	Discriminación en función de su gravedad
	Elaboración y uso de guías de práctica clínica
	Trabajo en equipo
	Utilización de sistemas de información y elaboración de historias clínicas
	Utilización de sistemas informáticos
	Aprendizaje y aplicación de la medicina basada en la evidencia
	Conocimiento y aplicación de las herramientas para la mejora de la calidad
Atención al individuo	Conocimiento y aplicación de los aspectos éticos de la profesión en relación con el paciente, la información, la práctica profesional, la investigación y la relación con la industria farmacéutica
	Conocimientos, actitudes y habilidades técnicas necesarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento teniendo en cuenta la globalidad, longitudinalidad y continuidad de los cuidados
	Habilidades para la entrevista clínica
	Conocimientos y habilidades para la relación con otros especialistas
Atención a la familia	Atención a grupos específicos como incapacitados, inmovilizados, terminales, ancianos, adolescentes, mujeres, niños
	Conocimiento de los ciclos vitales, genograma, acontecimientos estresantes, recursos de apoyo
Atención a la comunidad	Reconocimiento de disfunciones y problemas psicosociales familiares
	Identificación de necesidades de salud de la población
Formación e investigación	Programación y ejecución de intervenciones sobre problemas de salud comunitarios
	Herramientas y procedimientos para la formación continuada
	Herramientas para investigar sobre la calidad y los resultados de su propio trabajo y para evaluar la información científica publicada

Elaborada a partir del nuevo programa de la especialidad con modificaciones.

**TABLA 3** Criterios y procedimientos de evaluación del desarrollo profesional

Concepto	Procedimientos
Calidad de la atención prestada	Valoraciones por vídeo de consultas reales o simuladas
	Memoria con evidencias escritas del cumplimiento de los criterios establecidos
	Visitas individualizadas
	Auditorías
	Encuesta de satisfacción de los pacientes con la atención prestada
	Pruebas ECOE
Formación continuada	Sistemas de acreditación de actividades de formación:
	SEAFORMEC
	Ministerio de Sanidad y Consumo
	Comunidades autónomas
	SaAP
Investigación	Baremación: según impacto de publicación y según criterios objetivos y normalizados
Gestión clínica	Baremación según criterios objetivos y normalizados

ECO: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada; saAP: Sistema de Acreditación de Atención Primaria; SEAFORMEC: Sistema Español de la Formación Médica Continuada.

**TABLA 4** Ejemplos de áreas de evaluación de la práctica clínica del aspirante

1. Perfil profesional y personal
2. Cuidados clínicos: promoción, prevención y atención a los enfermos
a) Domiciliaria
b) En consulta
3. Información clínica
4. Trabajo en equipo
5. Accesibilidad y disponibilidad
6. Atención continuada y urgencias
7. Uso efectivo de los recursos
8. Información acerca de los servicios prestados
9. Relación con el paciente y habilidades de entrevista clínica
10. Gestión de reclamaciones y aceptación de sugerencias de los pacientes
11. Relaciones con otros niveles asistenciales
a) Sociosanitario
b) Especialistas

Adaptada con modificaciones de Royal College of General Practitioners<sup>4</sup>.

pacientes. De estos procedimientos se tiene experiencia suficiente en el Sistema Nacional de Salud español y tan sólo sería preciso adaptarlos y afinarlos para el cometido de evaluación individual.

En cuanto a la evaluación de la formación continuada, habrá que tener en cuenta lo definido en la LCC en cuanto al papel de la Comisión de Recursos Humanos, la delegación de acreditación en otras instituciones públicas y privadas que también contempla, la existencia del SEAFORMEC (Sistema Español de la Formación Médica Continuada) y la existencia, también, de sistemas de acreditación de actividades de formación de sociedades científicas de medicina de familia –semFYC y Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)–: saAP (Sistema de Acreditación de Atención Primaria). El SEAFORMEC está integrado por la Federación de Asociaciones Científico-Médicas (FACME), el resto de las sociedades científico-médicas, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina (CDFM), el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNE) y el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM).

El problema de la acreditación y ponderación de actividades de formación médica continuada es que tiene poco en cuenta la formación que todos los estudios científicos han ponderado como más efectivos en la introducción de cambios en la práctica clínica: la formación dentro del propio lugar de trabajo y ligada a la práctica. Este reparo, sustentado en evidencias múltiples (revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados, aleatorizados y enmascarados)<sup>5,6</sup>, debería tenerse muy en cuenta si no queremos seguir manteniendo una formación continuada rutinaria sujeta a múltiples perversiones.

La investigación que se reconoce como mérito es la publicada y, muchas veces, la evaluación se realiza casi «al peso». Por otra parte, no todos los médicos de familia desean investigar en su acepción más formal, aunque la mayoría se hacen preguntas clínicas diariamente y buscan (es decir, investigan) la respuesta más idónea para un caso concreto. Habrá que insistir por una parte en que esta búsqueda sea sistemática y sólida desde el punto de vista metodológico, y también, en que las publicaciones científicas acepten este tipo de investigación «secundaria».

Son indudables las oportunidades de investigación en atención primaria y el papel que ésta podría desempeñar en la mejora de su calidad, aunque hasta la fecha estas expectativas no se hayan visto cumplidas<sup>7</sup>. De modo que la valoración de la investigación debe considerar las prioridades de la medicina de familia y, además de los indicadores indirectos que habitualmente se utilizan, debe aproximarse cada vez más a la medición del impacto en la salud de las personas, las familias y la comunidad. Es necesario ponderar en su justa medida qué, cuánto y cómo debería valorarse este epígrafe.

Otro aspecto difícil de valorar es la gestión clínica relacionada con la medicina de familia como, por ejemplo: técnico de salud de una unidad docente, coordinador de un equipo de salud, tutorías, la participación del profesional en distintas comisiones institucionales, órganos de gobierno de sociedades científicas, tribunales, grupos de trabajo, comités editoriales, organización de congresos, etc., actividades generalmente no remuneradas y no consideradas un mérito en nuestro entorno. Aunque cabe pensar que se pierde competencia profesional si una función no clínica dura muchos años y que la CP en el área de gestión debiese ser otra diferenciada, podrían equipararse los años de permanencia en estas funciones a la actividad asistencial de modo que facilitemos, para ciertos puestos en los que parece deseable la experiencia clínica, el trasvase entre una y otra función.

Así pues, entre todas las actividades susceptibles de ser meritorias –actividad clínica, docencia, investigación, formación continua y gestión clínica–, debería establecerse un equilibrio que respete la proporcionalidad de cada una de ellas en el conjunto total y tener en cuenta que, en función de dónde uno ejerza, algunas cosas difícilmente se podrán realizar. Parece claro que un sistema mixto de evaluación objetiva y de reconocimiento de méritos podría minimizar efectos perversos, así como que la participación de los profesionales, la evaluación por los pares y el establecimiento de criterios y normas por las sociedades científicas parecen ser lo más reconocido y aceptado por los propios evaluados. En cualquier caso, no hay que olvidar la premisa fundamental: ésta es una CP, no docente ni investigadora, que tiene otros ámbitos y otras regulaciones y se debería poder progresar en ella realizando una práctica profesional de calidad.



La ponderación de los méritos no tiene que ser uniforme a lo largo de toda la CP, de modo que no sería descabellado asignar mayor peso a las actividades de investigación conforme se adquieren categorías superiores dentro de la CP. A favor de esta medida se puede argumentar que el médico experto lo es no sólo por su ejercicio profesional, sino en tanto que ha sido capaz de aportar elementos innovadores a su quehacer diario y compartirlos mediante su publicación.

En el documento del año 1996 proponíamos un modelo que contemplaba todos los niveles del sistema de salud y que es compatible con la legislación actualmente publicada. La norma general debería regular poco más de los principios generales de la CP: número de categorías, criterios de acceso y permanencia en los distintos niveles y quiénes tienen capacidad de acreditación y reconocimiento. Podrían ser las sociedades científicas las que propongan los criterios y procedimientos para medir la calidad de la atención prestada, acrediten las actividades de docencia y ponderen las de gestión clínica e investigación en función de la medición de su impacto y otros criterios. En esta propuesta son las comunidades autónomas las que desarrollan las normas de aplicación adaptadas a sus peculiaridades organizativas mediante la constitución de comisiones autonómicas de evaluación, con participación de las sociedades científicas. Dichas comisiones son el órgano máximo de acreditación y evaluación, con capacidad para delegar y crear «juicio», es decir, delegar funciones de evaluación en comisiones descentralizadas de ámbito local como, por ejemplo, las comisiones locales de docencia, que ya evalúan los programas de los médicos internos y residentes, o en las propias sociedades científicas, y también para acreditar y ponderar actividades, resolver reclamaciones, etc. Estas comisiones autonómicas de evaluación deberían estar constituidas por especialistas de nivel igual o superior a la categoría que juzgan. De esta forma tendríamos un modelo descentralizado, representativo, profesional y básicamente homogéneo.

### **Efectos de la carrera profesional. Incentivos**

Los efectos de la CP son fundamentalmente de carácter intrínseco y van ligados a la percepción interna de desarrollo profesional y al reconocimiento público y por la organización donde se trabaja de su grado de competencia mediante la creación de niveles o categorías. Otros incentivos serían: económicos, mérito para acceso a distintas plazas y posiciones dentro de la organización, o para la formación continuada y los sistemas de capacitación específica que describe la LOPS, reducción de la actividad clínica con incremento del tiempo de dedicación a actividades docentes e investigadoras, vinculación contractual diferente y participación en funciones de gestión clínica. Se puede exigir un determinado grado para ejercer funciones de tutoría y docentes, formar parte de comisiones de asesoramiento, acceder a becas de investigación o ser nombrado para ór-

ganos de evaluación y de auditoría o para funciones de dirección y gestión, etc.

Los derechos propios de cada categoría se adquieren desde el momento en que se tienen los méritos para acceder a ella, de modo que conviene arbitrar a la vez en la propia CP el procedimiento y los recursos necesarios de reconocimiento continuo de méritos. Si se establecen pruebas objetivas, el retraso en la convocatoria no debería suponer retraso en la adquisición de derechos. Es importante hacer hincapié en la agilidad en el reconocimiento de la categoría adquirida: si la organización sanitaria no es capaz de evaluar los méritos de los candidatos y acreditar el nivel adquirido con prontitud, o si la eficiencia administrativa es heterogénea en el seno de la organización, la distorsión producida por acceso a derechos de forma desigual se vivirá como un elemento deslegitimador.

### **El período de transición**

La experiencia acumulada con el modelo de obtención del título de especialistas y la implantación de la CP en Navarra y del Institut Català de la Salut (ICS) indica que los períodos de transición, cuanto más cortos, mejor. En la primera fase de implantación el criterio debería ser la generosidad y considerar la posibilidad de no ser excesivamente estrictos en la ponderación de méritos para garantizar la factibilidad del proyecto, ya que es presumible que se produzca una acumulación de expedientes de acreditación imposible de resolver sin lesionar intereses. Por otra parte, la puesta en funcionamiento de los procedimientos de acreditación de actividades lleva tiempo y las anteriormente realizadas tienen una ponderación en muchos casos difícil de precisar, por lo que no sería extraño que se enmarañaran los procedimientos y dieran lugar a comportamientos oportunistas.

En consecuencia, podría considerarse un período de 2 años, en los que el único criterio para acceder a las categorías iniciales fuese la antigüedad hasta el nivel III; podría tenerse en cuenta también, para evitar la acumulación de expedientes, la posibilidad de realizar pruebas objetivas con carácter voluntario para aquellos aspirantes que cumplan con unos requisitos preestablecidos.

### **El papel de la semFYC**

La normativa que regula la CP permite que las sociedades científicas que demuestren su competencia para hacerlo puedan acreditar (por delegación) ciertos méritos de competencia profesional, formación continua y capacidad investigadora, y en la medida que esto se haga con rigor, es muy probable que las instituciones públicas las utilicen como agencias externas para suplir una tarea difícil de afrontar con sus propios recursos. La semFYC y SEMERGEN tienen acreditada desde hace tiempo su capacidad para elaborar procedimientos de acreditación de actividades docentes, han crea-

do programas de formación continuada y criterios de publicación de originales y revisiones científicas, y tanto unos como otros han obtenido reconocimiento público mediante la aceptación en baremos para concursos y oposiciones. El modelo ECOE pionero en España es otra iniciativa de la semFYC que demuestra su capacidad para evaluar la competencia clínica, y ha sido reconocido por instituciones y servicios autonómicos de salud, y el documento sobre indicadores de evaluación de la actividad profesional<sup>8</sup> proporciona un marco teórico para la medición de la calidad técnica de la atención prestada por el médico de familia. De modo que es posible que una sociedad científica pueda otorgar acreditaciones de desarrollo profesional a los que con carácter voluntario quisieran someterse a su reglamentación.

Como otras sociedades científicas, la semFYC debe asumir un papel de liderazgo al definir los estándares del desarrollo profesional del médico de familia —de hecho, lo viene haciendo desde su creación—; quizá sea el momento de que se formalice y normalice. Además, la concertación por parte de la Administración con agencias externas de evaluación sería el mejor procedimiento para minimizar el marasmo burocrático.

Séneca escribió: «Que no rehusemos la tarea no es bastante; tenemos que buscarla».

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud. Sondeo de opinión. Carrera profesional. Médicos (informe preliminar). Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones, 1990.
2. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, semFYC. Casado V, coordinadora. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [consultado 02/04/2004]. Disponible en: <http://www.semfy.com>
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sellarès Pallàs J, coordinador. Evaluación de la competencia: reto o necesidad. Documentos semFYC, n.º 18, Ed.: 2002 [consultado 15/03/2004]. Disponible en: [http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documento\\_semfy.html](http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documento_semfy.html)
4. Royal College of General Practitioners. The FBA criteria. 1st April 2004 to 31st March 2005 [consultado 04/2004]. Disponible en: <http://www.rcgp.org.uk/external/fba/criteria.asp>
5. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274:700-5.
6. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, et al. A randomised trial of continuing medical education. N Engl J Med 1982;306:511-5.
7. Jan M. De Maeseneer, Mieke L van Driel, Larry A Green, Chris van Weel. The need for research in primary care. Lancet 2003; 362:1314-19.
8. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Llor Vilà C, coordinador. Indicadores de evaluación de la actividad profesional. Documentos semFYC, n.º 19, 2002 [consultado 15/04/2004]. Disponible en [http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documento\\_semfy.html](http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documento_semfy.html)