
La carrera profesional. ¿Una oportunidad perdida?

Antonio Jiménez Gómez

*Ex subdirector de Recursos Humanos del Servicio Cántabro de Salud.
Ex jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción

Cuando se me pide que escriba una reflexión acerca de la carrera profesional hace ya más de dos años que dejé mi responsabilidad en el Servicio Cántabro de Salud (SCS), y más de uno que me jubilé como médico asistencial. Esto es posible que dé perspectiva, si por tal se entiende el alejamiento temporal y vital, y perspectiva se necesita cuando se ha defendido con ardor una herramienta de incentivación, como la carrera y después de bregar duramente para implantar un modelo concreto, se observa cómo en su aplicación práctica quedó muy lejos de lo pensado por sus impulsores legislativos; tras la obligada negociación sindical, reducida a un mero complemento retributivo más, aunque de cuantía nada desdeñable.

Para el que esto escribe, el tema de la incentivación profesional no es algo nuevo que surgiera a raíz de la implantación de la carrera profesional, obligada tras la aprobación de las leyes que la soportan (LC y C, LOPS, LEM, y, en el caso de Cantabria, LOS-CAN.) Previamente a esto, en foros profesionales en los que se me pidió que reflexionase sobre el tema de la incentivación profesional (Encuentro Global de Neumología, Vidago, Portugal, 10-15 de octubre de 2002) había teorizado acerca de la necesidad de un sistema de desarrollo profesional horizontal que eliminara la rigidez de las jerarquías y del ascenso vertical como única forma de progreso en el SNS. De forma que cuando me tocó en suerte colaborar en la organización y puesta en marcha del modelo de carrera profesional para el SCS, me venía de antiguo el interés y me

puse a la tarea con verdadera ilusión, convencido de estar haciendo historia, proporcionando al sistema sanitario público de un instrumento poderosísimo para generar una dinámica positiva que estableciera sinergias en la organización que terminaran con años de desencuentros entre profesionales y administración sanitaria.

Implantación del modelo de carrera en los servicios de salud. Fase transitoria y otros eventos

El resultado obtenido tras su implantación generalizada en los diferentes servicios de salud genera dudas acerca de si se han conseguido los objetivos para los que se pensó la carrera. Por un lado hubo que adaptarla mucho, retorciendo a veces su sentido inicial, para poder aplicarla al colectivo histórico sin tener que esperar todos los años precisos entre grado y grado, lo que hubiera hecho imposible alcanzar los grados superiores a una plantilla envejecida; el “invento” de la fase transitoria, que no estaba en ninguna de las leyes que dan cobertura legal a la carrera. Por otro, también hubo que adaptarla a un colectivo heterogéneo con categorías en las que algunos ítems del desarrollo profe-

sional tenían difícil encaje. Finalmente, la dimensión económica del complemento retributivo ligado a los diferentes grados y la inmediatez de su percepción a través de la posibilidad de alcanzar rápidamente los grados más altos a través de la fase transitoria, sindicalizaron la discusión de los modelos posibles y la presión fue enorme para conseguir; al menos en la fase transitoria, el acceso fácil y un poco a la medida de cada cual, a los grados más altos de la carrera profesional.

No colaboró tampoco a una implantación adecuada del nuevo modelo incentivador el hecho de discutirse con los agentes sociales de una forma descentralizada, por cada administración autonómica y sin simultaneidad, de forma que las organizaciones sindicales pedían en cada mesa de diálogo lo último y más ventajoso conseguido en la última mesa negociadora, así en lo retributivo, como en la rebaja de exigencias o en la facilidad para cumplirlas. Las presiones llegaron al máximo grado con huelgas indefinidas en el sector, con la carrera como uno de sus motivos y la desactivación de exigencias en la fase transitoria como fin último.

La consecuencia conjunta de todas estas circunstancias ha sido que en su

puesta en marcha, en la fase transitoria, la carrera profesional ha quedado desprovista de su carácter diferenciador y, por tanto, motivador; la mayoría de los profesionales con edad para ello de los grupos A y B alcanzaron el grado máximo, con lo que poder publicar con orgullo que uno es grado IV pasó al gran baúl de las oportunidades perdidas. Con un efecto añadido, nada desdeñable y más ahora con la crisis que nos atenaza y la rebaja de sueldos para los funcionarios prevista para este mes de junio, el dispendio económico ha sido enorme, no sólo por el hecho de haber pasado del 20-30% de profesionales veteranos en grado IV, (previsto inicialmente y observado en instituciones con tradición de carrera, como el Clínic de Barcelona) a más del 90%, sino también por el efecto contagio para el resto de las categorías sanitarias y no sanitarias de los servicios de salud.

Desarrollo futuro de la carrera, fuera de la fase transitoria

Pero la carrera es algo más que la fase transitoria y tener el modelo implantado en todo el país ha representado un gran esfuerzo no sólo económico, también organizativo, para

las diferentes administraciones. Hubo que generar sistemas informáticos para gestionar las solicitudes, crear comités evaluadores con participación de los profesionales de las diferentes categorías, reactivar o crear circuitos institucionales para facilitar la formación continuada, tan necesaria para progresar en carrera. Ésta ya forma parte del horizonte profesional para las generaciones jóvenes; la cultura del crédito ha calado de forma generalizada y es posible que la organización entera se esté reordenando de otra forma gracias a la carrera profesional... Es posible, pero es algo de lo que carecemos de datos y no los tendremos en años.

En mi opinión, hay que observar la evolución del modelo de carrera teniendo en cuenta que se trata de una herramienta muy versátil que es susceptible y necesita de adaptaciones a una estructura muy compleja, hospitales universitarios, comarcales, centros de salud, para los que no es razonable que haya un solo modelo en el que, por ejemplo, el peso de la investigación sea el mismo para los grados superiores con independencia del centro o lugar de trabajo.

¿Puede torcerse también la aplicación del modelo de carrera, ya en su

formato completo, fuera de la fase transitoria? Las desviaciones futuras del modelo serán el resultado, en su caso, de tensiones en parte distintas y en parte parecidas a las que actuaron durante la fase transitoria; por ejemplo, las presiones sindicales en las mesas de seguimiento, con los mismos fines que en el pasado; conseguir la mayor retribución con la menor exigencia. Pero el modelo ya implantado también tiene posibilidades de crecimiento, de vincularse a la carrera investigadora del personal sanitario, de diferenciar carreras de gestión de carreras sanitarias, carreras en primaria y en especializada, de encontrar adaptaciones a la carrera profesional de categorías no sanitarias, imprescindibles para el buen funcionamiento de nuestras instituciones.

Hay un riesgo cierto de abandonar el modelo, de olvidarse de su potencialidad transformadora, de dejarse llevar por el derrotismo de lo recogido en la fase transitoria. Tratándose de un instrumento incentivador realmente complejo, su futuro requiere un compromiso firme de los gestores y líderes sanitarios. No estorbaría tampoco una mayor comprensión acerca del significado dinamizador y, por tanto, también

positivo para el personal, que representa la carrera por parte de las organizaciones sindicales. Pero, al menos, el desarrollo de la carrera, su crecimiento, que tiene por delante un buen número de retos pendientes de afrontar, requiere el apoyo incondicional de gestores y consejeros. Ensimismados con el gran problema de las listas de espera, es posible que algunos vean la carrera como un incordio lleno de complicaciones, olvidándose, tal vez, de que la carrera en su complejidad también puede ser un aliado para resolverlo; nada impide vincular listas de espera y progresión en grados.

En mi opinión, ahí puede estar el principal escollo, la principal tensión de novo, para que la carrera se consolide como un elemento dinamizador del personal de las instituciones sanitarias públicas; que quienes tienen que desarrollar este instrumento de gestión del personal lo abandonen burocráticamente, quede su desarrollo en manos de las mesas de seguimiento de los pactos sindicales, sin control ideológico de la empresa, decolorándose paulatinamente y transformándose en otra rutina que introducir, como los trienios, en los programas de nóminas y personal.

Creo que el futuro de la carrera dependerá de que se sigan o no las líneas marcadas en ella desde el comienzo:

- Elemento incentivador del personal basado en los siguientes principios.

- Voluntario, sin *numerus clausus*.

- Evaluador de méritos medibles en actividad profesional, compromiso con la organización, formación, docencia e investigación.

- Evaluación a través de comités con presencia de los profesionales y los servicios de procedencia del evaluado.

- Progresivo en exigencias y en reconocimiento económico.

- *Adaptado a las diferentes categorías profesionales.*

- Adaptado a las diferentes instituciones de los servicios de salud.

Prácticamente, sólo falta para el desarrollo completo del modelo las adaptaciones profesionales e institucionales; es decir, que haya varias carreras dentro de los servicios de salud; una profesional sanitaria, digamos la básica, adaptada, eso sí, a los diversos centros en los que se desarrolla el trabajo en los servicios de salud, y una carrera de gestión para aquellas categorías no sanitarias de las que ya

he hablado. Adaptar el modelo para categorías con difícil o problemático acceso o interés por la investigación no es tarea complicada y prácticamente está resuelto ya desde la fase transitoria.

Para terminar, me gustaría insistir en que, siendo el modelo de carrera un posible elemento incentivador que actúe de forma permanente sobre el factor humano, el más importante en una empresa, como son los servicios de salud, su principal riesgo de desaparición, de muerte por emaciación, es que los gestores de la sanidad dejen de verla como una aliada y la contemplen como una complicación; crear y mantener comités evaluadores, discutir con los sindicatos desde su presencia o no en dichos comités hasta las materias evaluables; afrontar las reclamaciones de los damnificados por un sistema novedoso que señala a los buenos y no tan buenos profesionales... Si no se cree de verdad en este completo (y complejo) instrumento, la tentación de abandonarlo es grande. Recordar qué pasó con los institutos clínicos, en los que tan grandes expectativas se depositaron. Con la carrera puede suceder algo parecido. Veremos.