

*José García Ibáñez*

## MODELOS DE INCENTIVACIÓN Y CARRERA PROFESIONAL

GRATIFICATION MODELS AND PROFESSIONAL CAREER

### RESUMEN

Se valora la oportunidad de plantear en este momento modelos de incentivación y la carrera profesional como manera de aportar satisfacción y motivación a los profesionales y la repercusión implícita en la mejora de las organizaciones.

Se plantean seis elementos complementarios: la carrera profesional, sistemas de retribución variable por cumplimiento de objetivos, incentivos económicos en situaciones especiales, formación continuada, participación en la gestión de las organizaciones y cuidado del profesional. En la carrera profesional se aportan las características de seis modelos diferentes: Servicio Canario de Salud, Institut Català de la Salut, Servicio Navarro de Salud, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, la Organización Médica Colegial y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

*Palabras clave:* carrera profesional, modelos de incentivación, cuidar al cuidador.

### ABSTRACT

In this paper we have the opportunity to assess gratification models and the professional career in order to contribute in satisfaction and motivation of the professionals and simultaneously affect the improvement of the organizations.

It is proposed six complementary elements: the professional career, systems of variable retribution for execution of objectives, economic incentives in special situations, continued training, participation in the administration of the organizations and the professional's care. Regarding the professional career it is taken into account the characteristics of six different models such as: Canary Service of Health, Catalan Institute of Health, Navarrese Service of Health, Castile-La Mancha Service of Health, the Medical College and the State Confederation of Medical Unions.

*Key words:* professional career, gratification models, to take care of the caretaker.

(\*) Este trabajo se presentó en las Jornadas de la Unión Catalana de hospitales (septiembre 2005): «Nuevos retos de gestión en Servicios de Salud Mental en un entorno cambiante».

## ■ INTRODUCCIÓN

En cualquier tipo de trabajo y en cualquier organización se pueden plantear modelos de incentivación y la carrera profesional como herramientas para promover la satisfacción de sus profesionales y conseguir a la vez una mejor gestión y cumplimiento de sus objetivos. Pero plantearlo en el ámbito de la Salud Mental (y considero el momento en que se hace muy oportuno) parece que sea imprescindible y urgente. Los profesionales de la salud mental arrastran un malestar de hace mucho tiempo. Sí, es evidente que se ha avanzado mucho, que si miramos hacia atrás el cambio es impresionante, que la administración ha contado con la participación de los profesionales en la elaboración de documentos, en el diseño de nuevos recursos y servicios y en planteamientos de organización y de gestión. Todo eso es cierto. Ahora mismo, en el diseño del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, están participando unos 160 profesionales de la red. Cierto es también, que hay profesionales satisfechos con el desarrollo de las cosas en el momento actual. Pero también hay otros manifiestamente insatisfechos. Que hacen críticas, que se quejan. Algunos de nuestros gestores, a veces, no tolerando esas quejas manifiestan: «se quejan de todo», «se quejan de vicio». Parece que cueste acoger las críticas. No digo admitirlas, ya que unas tendrán razón y otras no. Pero acoger las críticas, escucharlas y construir puentes de diálogo es imprescindible para seguir mejorando el sistema.

El malestar de los profesionales viene de largo. Cuenta con aspectos históricos. Hablábamos tiempo atrás de que la psiquiatría era la cenicienta de la sanidad. ¿Hemos dejado de serlo? ¿No sigue la psiquiatría injustamente postergada y despreciada en muchos aspectos? La salud mental sigue sin ser aceptada como una parte más, sin diferencias, de la salud general. Sigue el estigma, sigue el miedo a la locura. Como decía antes, hemos avanzado mucho pero el desarrollo ha sido lento. Quedan aspectos todavía anclados en el pasado y tenemos agujeros notables en la asistencia.

Últimamente hay profesionales preocupados por el exceso en la utilización de psicofármacos y sobre todo por el incremento tan extraordinario de la demanda. La sociedad ha ampliado sus necesidades de recibir cuidados (1). No se tolera el más mínimo dolor ni el más pequeño sufrimiento. Se espera todo de la medicina, incluido lo imposible: la curación total, la victoria sobre la muerte. El profesional, a su vez, ante esta incesante demanda, ve como la calidad de sus intervenciones se empobrece por la disminución del tiempo que puede dedicar a cada visita o por no poder atender a los casos graves con la frecuencia que desearía. Esta disminución del tiempo de atención genera la desconfianza de los pacientes y de sus familias, con lo que el rol social que tenía el profesional de la salud queda en entredicho.

Podríamos resumir que tenemos una buena parte de los profesionales:

- Protestando porque ganan poco lo que, a veces, provoca su marcha hacia otras comunidades autónomas

- Con un horizonte de progresión muy reducido. Los médicos y psicólogos llegan a adjunto y ahí se pueden quedar toda la vida. Otros profesionales permanecen en la misma situación desde el principio. Existen pocas posibilidades de promoción, lo que lleva en ocasiones al sentimiento de frustración en el trabajo.
- Quejándose de su poca participación en la organización del trabajo.
- Bloqueados ante intervenciones necesarias para la atención de personas en situaciones de gravedad diagnóstica e importante problemática social, bien porque no existe el recurso adecuado, bien porque existe pero no es accesible.
- Impotentes ante las dificultades, en ocasiones imposibilidad, de coordinación con otros recursos.
- Cuestionando el carácter vitalicio de las jefaturas.
- Saturados por el mucho trabajo.
- Con mal sabor de boca por la calidad de la faena que se ven obligados a realizar, sobre todo por el excesivo número de visitas en la jornada laboral.
- Sufriendo la desconfianza de los pacientes y familias.
- Con pérdida de autoestima, desánimo y tedio.
- Desanimados también con las políticas de salud mental de los gobiernos de la Generalitat
- Cayendo en un modo de defensa social contra la ansiedad, como es culpar los demás: los otros recursos, los jefes, la organización, la Generalitat...

Los responsables y directivos de las organizaciones tienen que abordar con seriedad el tratamiento de esta situación, la falta de psiquiatras, la desvinculación de los profesionales y los nuevos retos que nos va a plantear el Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Como elementos que pueden contribuir a una satisfacción y motivación de los profesionales planteo un catálogo de seis puntos, que no son excluyentes, sino todo lo contrario: imprescindiblemente complementarios.

1. Carrera Profesional.
2. Formación continuada.
3. Sistema de retribución variable por cumplimientos de objetivos.
4. Incentivos económicos en situaciones especiales.
5. Organizaciones que faciliten la participación en la gestión.
6. Cuidado del profesional. Espacios de reflexión y análisis de las dificultades de la práctica diaria.

## ■ CARRERA PROFESIONAL

En virtud del marco legal establecido por: La Ley de Cohesión y Calidad (2), La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (3), La Ley del Estatuto Marco (4) y el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad (5), se establece el

concepto de Carrera Profesional como «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 compromiso con la organización en la que prestan sus servicios y el cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores y pretende contribuir a la mejora de la calidad asistencial».

La carrera profesional es un sistema de promoción independiente y paralelo al sistema de promoción jerárquico (carrera jerárquica) vigente. Hay que distinguir entre categoría (propia de la carrera profesional) y cargo (propio de la carrera jerárquica). La categoría es un distintivo que se logra en función de una experiencia y de una competencia profesional e implica una autoridad de tipo moral, mientras que el cargo implica un liderazgo de gestión y de delegación de autoridad jerárquica. Cierta interrelación ha de existir entre ambas carreras, de modo que en la gestión clínica algunos proponen (6) que a la jefatura de unidad se acceda desde el nivel 3 de carrera profesional y a la jefatura de servicio desde el nivel 4. Lo mismo que para los cargos de subdirector médico, director médico, director-gerente o gerente de área, también se plantea el acceso a partir del nivel 3.

Basándonos en algunos de los modelos de carrera profesional propuestos o actualmente en vigor se pueden plantear las características que ha de tener la carrera profesional. Los modelos a los que hemos podido tener acceso son los del: Servicio Canario de Salud (7) (8), Institut Càtala de la Salut (ICS) (9), Servicio Navarro de Salud (10), Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) (10), Organización Médica Colegial (OMC) (6) (11) y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) (12). En las diferentes tablas se pueden observar las coincidencias y las divergencias entre estos modelos. En la mayoría de los casos el planteamiento está únicamente referido a los médicos. Veamos, pues, las características de la carrera profesional:

- Debe tener un tratamiento individualizado, de manera que cada profesional puede determinar su ritmo de crecimiento en los distintos niveles. Es por ello que se caracteriza como voluntaria debiendo ser solicitada personalmente por el interesado. La OMC considera que el acceso es inmediato por la vía del concurso-oposición al conseguir la plaza.
- No ha de existir Numerus Clausus ni se han de proponer por parte de las organizaciones porcentajes anuales de acceso.
- Se considera habitualmente que tenga 4 niveles, tras un grado inicial de acceso. (Ver Tabla 1). Menos la OMC, todos consideran un nivel en el que se ha de permanecer 5 años como mínimo antes de poder solicitar el inicio de la carrera profesional.
- Una vez obtenido un nivel ha de quedar consolidado. Se ha discutido sobre la posibilidad de pérdida del nivel adquirido y asignación del inmediatamente anterior en determinadas circunstancias como sanciones o condenas firmes que

pongan en entredicho el nivel del profesional. Al ser una medida con componente claramente penalizador debe estar muy regulada y obedecer a criterios muy estrictos de desconsideración, abandono profesional y desinterés en relación con los objetivos asistenciales mínimos.

- Para optar a los diferentes niveles ha de ser preciso acreditar un periodo mínimo de permanencia por nivel, que no tiene por qué ser el mismo en cada uno de ellos. (Ver Tabla 1). En este aspecto hay bastantes diferencias entre unos modelos y otros, ya que el tiempo transcurrido para el acceso al último nivel oscila de los 15 a los 28 años.
- La categoría adquirida conlleva un reconocimiento profesional y un incremento retributivo consolidado. (Ver Tabla 4). También en estos aspectos las diferencias son importantes siendo la propuesta más elevada la del CESM, si bien la del ICS (con valores de 2005) se halla muy cerca. El planteamiento retributivo de la OMC mezcla el concepto de antigüedad con el de carrera y permite que el nivel de entrada tenga acceso a un complemento por créditos. El Servicio Navarro de Salud establece además una retribución aparte, cuantificada por horas, y con valoraciones diferentes (dentro o fuera de la jornada ordinaria, acción formativa esporádica o periódica) por impartir docencia, cursos o seminarios. Respecto a la denominación de los niveles la mayoría opta por la simple numeración (ver Tabla1), si bien hay que considerar la importancia de una denominación de categoría. El Hospital Gregorio Marañón (13), que tiene implantada la carrera desde el año 1998 denomina a sus profesionales: Titulado superior especialista (nivel 0), Adjunto, Especialista senior, Consultor, Consultor senior.
- El cambio de nivel no implica necesariamente un cambio del puesto de trabajo ni en la actividad que desarrolla el profesional.
- La Carrera Profesional es independiente del nivel jerárquico de responsabilidad
- Se han de aplicar criterios de evaluación asignando créditos a cada una de las siguientes variables: Actividad Asistencial, Formación, Actividad Docente, Actividad científica y Compromiso con la organización. (Ver Tabla 2). Llama la atención que la OMC no considere evaluable el compromiso con la organización. Durante la carrera no se podrá superar la cifra tope de créditos por factor.
- En cada centro o institución han de existir Comisiones Técnicas de Evaluación Profesional. Estas Comisiones establecerán criterios, parámetros y méritos mínimos para alcanzar cada nivel profesional, traducirán esos criterios en un sistema puntuable objetivo (créditos) y determinará la periodicidad de evaluación de los profesionales para optar a un nivel superior. La LOPS en el art. 38 d) dice que: «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.» La ley no obliga a que la comisión sea paritaria, ni a que alguno de sus miembros sea representante de las organizaciones sindicales. La OMC propone que la adjudicación de créditos la haga una Comisión Nacional de Acreditación en la que estén representados el Ministerio de Sanidad, el de Educación, la Universidad, las Comunidades autónomas, la Comisión Nacional de la Especialidad y la OMC. Todos sus miembros deberán poseer el título de la especialidad correspondiente. (Muy complicado). En el caso del Servicio Canario de Salud se prevé la constitución de Comisiones regionales. El ICS plantea dos comisiones corporativas (una de hospitales y otra de atención primaria) a las que asistirá un facultativo por cada organización sindical. La CESM plantea que el propio interesado participe en su evaluación. También parece lógica la presencia del Director médico en estas comisiones de evaluación pues además de valorar las cosas que se han hecho (cantidad) también se han de valorar cómo se han hecho (calidad), sobre todo en la actividad asistencial.

- Los créditos necesarios para acceder a cada nivel han de estar definidos. (Ver Tabla 3). En el Servicio Canario de Salud y el ICS (que tienen muchas coincidencias) los créditos a obtener por factor son mínimos. También en ambos modelos la actividad asistencial juega un papel importante en los dos primeros niveles, hasta el punto que sólo con la actividad asistencial podrían lograrse los créditos necesarios para acceder al primero y segundo nivel. La OMC subraya con su planteamiento la mayor importancia dada, al inicio de la carrera, a la función asistencial que progresivamente va dando paso a las otras actividades que cobran un mayor porcentaje conforme avanza la carrera. Además plantea, como hace el Servicio Navarro de Salud (Tabla 2), que se necesiten siempre créditos de todas las actividades y con una determinada proporcionalidad. En el caso del ICS está absolutamente pormenorizado y detallado cómo se han de valorar los diferentes factores, existiendo un procedimiento para la evaluación del personal facultativo y otro para el personal diplomado en enfermería u otros diplomados sanitarios. En todo caso se ve conveniente que siempre sumen los cuatro factores, o al menos en las primeras etapas haya créditos asistenciales, de formación y de compromiso con la empresa.
- Los créditos utilizados para acceder a un nivel quedan amortizados. Se valorarán los méritos correspondientes al periodo evaluado y no los ya valorados para la obtención de un nivel previo. Los remotos que no fueron utilizados con anterioridad podrán ser valorados. En algún modelo esto último no es considerado.

Tabla 1  
Carrera profesional. Denominación, tramos y tiempo para el acceso

S Canario S	ICS	S Navarro S	SESCAM	OMC	CESM
N 0	Facultativo > 5 a	N I > 5 a		N I Especialista Adj Directo	
N 1 5 a	Senior 5 a	N II 5 a	N I 5 a	N II Especialista 5 a	N 1 5 a
N 2 10 a	Experto 10 a	N III 12 a	N II 11 a	N III Consultor Adj 10 a	N 2 10 a
N 3 16 a	Referente 18 a	N IV 20 a	N III 19 a	N IV Méd Consultor 15 a	N 3 15 a
N 4 23 a	R Senior 25 a	N V 25 a	N IV 28 a		N 4 20 a

Tabla 2  
Carrera profesional. Criterios de evaluación

	S Canario S	ICS	S Navarro S	SESCAM	OMC	CESM
Actividad asistencial	70 créditos	70 créditos	2/3 mínimo	X	X	60 créditos
Formación	15 créditos	15 créditos	20% mínimo*	X	X	10 créditos
Docencia	10 créditos	10 créditos		X	X	10 créditos
Actividad científica	20 créditos	20 créditos		X	X	10 créditos
Compromiso con la organización	20 créditos	20 créditos		X		10 créditos
TOTAL	135 créditos	135 créditos	100%	No pondera	No pondera	100 créditos

\* En conjunto: formación, investigación, desarrollo técnico y dirección gestión

Tabla 3  
Carrera profesional. Créditos para acceder a cada nivel

	S Canario S	ICS	S Navarro S	SESCAM	OMC	CESM
Nivel 1	40 créditos	40 créditos	750 unidades	No pondera	70% A – 30% C	40 créditos
Nivel 2	65 créditos	65 créditos	1.050 unidades		60% A – 40% C	60 créditos
Nivel 3	90 créditos	90 créditos	1.200 unidades		40% A – 60% C	75 créditos
Nivel 4	110 créditos	110 créditos	750 unidades		30% A – 70% C	85 créditos
	De 135 créditos	De 135 créditos				De 100 créditos

Tabla 4  
Carrera profesional. Retribuciones

	S Canario S	ICS	S Navarro S	SESCAM	OMC	CESM
Nivel 0				No indica	Básica + complemento cr	
Nivel 1	3.005	3.366	2.106,07		Básica 1+20%+compl. cr	3.500
Nivel 2	4.808	6.426	4.212,13		Básica 2+20%+compl. cr	7.000
Nivel 3	6.611	9.300	6.318,20		Básica 3+20%+compl. cr	10.500
Nivel 4	7.813	12.300	8.424,26			14.000

La finalidad inmediata de cualquier modelo de Carrera Profesional es la motivación e incentivación de los profesionales sanitarios que se traduce en:

- Una competencia sana entre los profesionales
- Un reconocimiento social de la tarea desarrollada
- Un premio a los méritos profesionales: asistenciales, científicos y docentes

Por otra parte, las consecuencias directas, que se derivan de dicha motivación e incentivación son entre otras:

- Profesionales más competentes
- Mejora la gestión de los servicios sanitarios
- Mayor calidad asistencial
- Pone énfasis en la investigación (14)
- Satisfacción creciente del paciente
- Perfeccionamiento progresivo del sistema en su conjunto

Se pueden conocer ya algunas manifestaciones tras los dos años de implantación de la carrera profesional por parte del ICS. Los médicos de atención primaria en el «Manifest d'Urgell» (15) consideran que la incentivación de la investigación y de la docencia (sin dotar del tiempo necesario y específico), de la carrera profesional y de la dirección por objetivos (ej. política de prescripción farmacéutica huyendo de una negociación con la Industria) ha resultado ser un simple maquillaje de la nómina.

Recientemente han provocado preocupación (16) los resultados de la segunda evaluación para el acceso al tercer nivel. Solo han sido admitidas el 53,8% de las solicitudes presentadas. El ICS ha denegado el 37,5% por falta de créditos y el 8,7% por no cumplir con los requisitos básicos. Por ámbitos, en la atención hospitalaria se han aceptado el 64% y en primaria un 49%. Se ha acusado al ICS de que los criterios utilizados en esta ocasión difieren de los que utilizó el comité de evaluación la primera vez y además han variado por centro.

## ■ FORMACIÓN CONTINUADA

Eje esencial en cualquier modelo de Carrera Profesional es la Formación Continuada. La evaluación y acreditación de esta formación se utilizará para progresar en la carrera profesional. 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 formación continuada debe realizarse en el marco de una adecuada planificación, permitiendo cubrir las necesidades formativas en aquellas áreas en las que sea más prioritario. La planificación de programas o actividades de formación debe realizarse con criterios de calidad, dentro de procesos que permitan evaluar resultados y la mejora de su desarrollo.



En los últimos años, frente a los modelos de enseñanza centrados en la adquisición de conocimientos, se pone énfasis en la enseñanza y evaluación de habilidades clínicas y de actitudes o pautas de comportamiento.

La formación continuada debe estar integrada como parte de la actividad cotidiana (17) de las instituciones sanitarias, por lo que debe ser contemplada en los aspectos organizativos generales de la actividad de los centros, dotada de los recursos técnicos y económicos suficientes que garanticen la oportunidad de acceso a todos los profesionales. Ha de existir un tiempo real para desarrollar la formación. Un tiempo garantizado y protegido que no pueda ser consumido por la presión de la atención directa. Aunque el término no sea muy afortunado hay que tender a la «organización aprendiente», es decir que las organizaciones estén orientadas al aprendizaje. En el caso de la salud mental y adicciones, la formación continuada ha de estar orientada básicamente al ejercicio de la cooperación y la interdisciplinariedad, las competencias relacionales y de intervención psicoterapéutica y la atención integral. La formación en psicoterapia (18) permite que en el conjunto de los profesionales de las organizaciones tome cuerpo la función psicoterapéutica, conjunto de actitudes, capacidades y habilidades imprescindibles en la práctica de la Salud Mental.

La formación continuada, en este momento, precisa una reorientación en función de las necesidades, el modelo que plantea el nuevo Pla Director de SM i A (actualmente en proceso de elaboración) y las previsiones estratégicas. Todo ello ha de centrar la formación en que sea más comunitaria, más orientada a la promoción y a la prevención, más psicoterapéutica y más rehabilitadora y con la adquisición de competencias culturales que ayuden a la asistencia a los inmigrantes. Por último se le ha de dar una importancia creciente a las necesidades de información y formación del profesional sobre las características conceptuales y organizativas del sistema para el que trabaja.

La puesta en marcha de la carrera profesional en el sector público supondrá un esfuerzo presupuestario importante en formación continuada, 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 profesional supone, por una parte mayor calidad asistencial y como consecuencia, a corto plazo, una mayor eficiencia. La Administración lo ha de entender así y contemplar en los contratos con las entidades proveedoras unos mínimos establecidos para la formación continuada con los recursos correspondientes. Solo así podrá llegar la formación a todos los profesionales, haciendo innecesaria la intervención de los laboratorios farmacéuticos que la orientan, además y prácticamente en exclusividad, a los médicos (porque recetan, no nos engañemos).

### ■ SISTEMA DE RETRIBUCIÓN VARIABLE POR CUMPLIMIENTOS DE OBJETIVOS

La incentivación por objetivos supone la definición de los mismos anualmente y a partir de los tres niveles básicos de la atención sanitaria, con un planteamiento, podríamos decir, en cascada: objetivos del Pla Director (o del Departament de Salut), objetivos de la Región Sanitaria (o del territorio) y objetivos de la institución. En el Grupo USP premian con un 10% sobre el salario fijo a los empleados del centro que registren mejores parámetros de gestión. El Grupo IDC ha desarrollado en el Hospital General de Catalunya un estudio de evaluación de competencias y objetivos específicos. La clínica Universitaria de Navarra no tiene un medio de evaluación concreto, es una competencia de los responsables de área sobre cada uno de los miembros de su equipo. Se lleva a cabo a través de una entrevista personal en función de los objetivos que se han definido de antemano o dirigido a resultados. Este examen se prolonga durante toda la trayectoria profesional.

El ICS en el Acuerdo de la Mesa Sectorial de 29 de octubre de 2002 (4), plantea además de la carrera profesional un sistema de retribución variable vinculado al cumplimiento de objetivos, entendiéndolo como un instrumento de gestión, incentivación y motivación que pretende la mejora continua de la organización. Se basa en la explicitación de los objetivos y la evaluación continuada de su cumplimiento y pretende que cada profesional oriente su actividad a los objetivos estratégicos de la organización, así como desarrollar una cultura organizativa orientada hacia la mejora de los procesos y los resultados.

Para que la retribución variable tenga un efecto motivador ha de contar con las siguientes características:

- Ser clara la relación entre la retribución y los motivos por los que se produce
- Integrar objetivos individuales y grupales (fomentar trabajo en equipo)
- Los elementos han de ser explícitos y conocidos
- Los objetivos han de ser posibles y alcanzables, sin depender de la participación de terceros
- Ha de representar una parte significativa en la retribución, pero sin superar el total de los conceptos retributivos.
- Ha de ser muy sencilla la formulación de los resultados que se quieren conseguir
- Los objetivos han de estar muy vinculados a la cultura de la organización y a sus valores.
- Ha de existir una comisión de seguimiento de los objetivos.

También se conoce algún análisis del sistema de retribución variable en atención primaria de salud por cumplimientos de objetivos para los facultativos. Nin (19), en su trabajo de revisión, abarca el ciclo de 2003, evaluado y pagado, el ciclo de 2004, en la fase final de evaluación y el ciclo 2005, en fase de fijación de objetivos. En 2003 se consiguieron buenos resultados en los objetivos asistenciales, en la contención

del gasto presupuestario, en la mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal y en la mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica. Se mantuvieron altos los niveles de satisfacción de los usuarios y se observó una mejora del clima laboral. No se acreditaron mejoras efectivas en la evolución de los tiempos de espera. En 2004 se han conseguido muy buenos resultados en la mejora de la eficiencia y de la calidad de prescripción farmacéutica (incremento 1,8 puntos menor que en el conjunto del estado). Del análisis de percepción de los 41 directivos y 77 facultativos entrevistados se destaca una muy buena valoración de la nueva herramienta de gestión por su capacidad de motivación y discriminación entre los profesionales, su utilidad para establecer un diálogo entre la Institución y los profesionales y lo relevante del incentivo económico asociado (retribución máxima para facultativos 5.200 Euros y para los directores 6.200 Euros).

#### ■ INCENTIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES

En los últimos 25 años se han producido muchas mejoras en salud mental. Se han diversificado los servicios, se ha acercado la atención a los usuarios y se ha podido ampliar el abanico de problemas a atender comunitariamente, además de muchas otras cosas. Ello ha conllevado que el psiquiatra puede orientar su trabajo a muy diversas posibilidades. Puede trabajar en un centro de salud mental en la comunidad, en una unidad hospitalaria de agudos, en una unidad hospitalaria de subagudos, en un hospital de día, en un centro de rehabilitación comunitaria, en una unidad de media o larga estancia hospitalaria... Puede trabajar en Barcelona o en Mora d'Ebre. También va a poder elegir entre trabajar con personas que exclusivamente padecen una enfermedad psíquica o con personas que además tienen retraso mental.

El principio de equidad exige para los pacientes la misma calidad asistencial sea cual sea su patología y su momento evolutivo. La misma exigencia se ha de cumplir viva donde viva.

Casar estas dos cuestiones, el deseo del psiquiatra y la equidad asistencial, resulta difícil, sobre todo cuando existe una situación, como la actual, de falta de psiquiatras. Las tareas menos vistosas o atractivas y los lugares más alejados geográficamente de los polos universitarios o de las ciudades con más oferta cultural y social, van a ser difíciles de cubrir. Sí, siempre es posible encontrar un profesional que le guste atender los problemas de salud mental en las personas con retraso mental, o que prefiera para vivir un ambiente alejado de las ciudades. Pero admitamos que eso es muy excepcional. Como consecuencia hay muchas dificultades para poder cubrir algunas vacantes o abrir recursos nuevos en determinados lugares.

Es por ello que también parece necesario contemplar la posibilidad de incentivos (económicos o de otro tipo) para al menos dos situaciones que implican mejoras notables en la calidad asistencial. La primera de ellas la constituyen los servicios de

rehabilitación hospitalaria y los servicios de SM para las personas con discapacidad intelectual. La segunda serían los servicios en zonas geográficas profesionalmente menos atractivas.

#### ■ ORGANIZACIONES QUE FACILITEN LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN

Se ha de contar con una estructura mínima de espacios que facilite que las ideas de los profesionales y personal en general puedan expresarse y utilizarse en mejoras de gestión (20). La implicación y corresponsabilización de todos los profesionales redundan en el buen funcionamiento de los centros y unidades. La participación de los profesionales (de todos) es una necesidad ineludible, sin que ello signifique convertirlos a todos en gestores, sino que manteniendo o mejorando su cualificación profesional, se les ha de implicar en mayor medida en la gestión cada vez más compleja de los centros sanitarios.

Nos encontramos en un momento en el que tenemos que encontrar soluciones con planteamientos novedosos en la gestión clínica, para resolver los problemas asistenciales actuales. Potenciar el trabajo transversal con la atención primaria, servicios sociales, educación, justicia, etc. Buscar el equilibrio organizativo entre las diferentes organizaciones y las estructuras territoriales de gestión y seguimiento de los programas individualizados de las personas atendidas. Hacer real la adecuación de los servicios a las personas. Dotar de tiempos específicos para la investigación y la docencia en horario laboral que permitan mejorar la calidad de las mismas. Todo esto apunta hacia el desarrollo de programas de microgestión sanitaria (unidades, centros) en los que los facultativos, enfermeras y otros profesionales son protagonistas de excepción. Esta participación en la gestión solo es posible si los jefes de servicio o unidad o los coordinadores de centros trasladan la información que reciben de las Direcciones, estableciendo una dinámica interna mucho más participativa.

En resumen hacen falta nuevas formas organizativas tanto en las estructuras hospitalarias como en las comunitarias basadas en la gestión clínica, las unidades clínicas, la figura de los coordinadores asistenciales, y la creación de comisiones mixtas y comisiones de objetivos. La organización ha de estar adaptada al objeto de nuestro trabajo que es la atención a las personas con necesidades de cuidado en salud mental. Nadie mejor que los profesionales de los equipos para participar en esa tarea. La verdadera gestión tiene que ver con ofrecer, establecer y hacer posibles las condiciones y los recursos necesarios para que los individuos sean gestores de sí mismos, que se gobiernen a sí mismos.

## ■ CUIDADO DEL PROFESIONAL

Para mantener vivas en los profesionales las capacidades precisas para la práctica asistencial, en la que han de tener una disposición y una actitud en las que predominen el respeto al paciente y un uso prudente del saber, evitando caer en rutinas y funcionamientos estereotipados y perjudiciales, se considera necesario que la institución que da cobertura a los diferentes profesionales, proporcione también un marco de trabajo saludable que garantice la salud mental del grupo y de los individuos. El trabajo en Salud Mental supone para los profesionales riesgos, tensiones y dificultades. Por ello los centros e instituciones necesitan todo un sistema de higiene mental (cuidar los cuidadores). Son necesarios para ello espacios de reflexión y análisis de las dificultades de la práctica diaria, espacios de supervisión que pueden ser grupales y abiertos a los diferentes profesionales, pero también son necesarios otros espacios que tengan que ver con un análisis de la organización. Este análisis institucional permitirá adoptar medidas que mejoren y proporcionen un cuidado laboral y psicosocial, tanto para la institución como para cada una de las personas que la constituyen. Cuidar al personal es cuidar a la organización y ya sabemos desde hace mucho tiempo que toda organización tiende también a enfermar por el paso del tiempo y la instauración de inercias. Ha de existir por ello ese lugar donde poder escuchar, de una manera distanciada, los significantes que pueden ayudar a desvelar los problemas. Los problemas muchas veces se formulan en las organizaciones como conflictos y un conflicto suele ser la mayoría de las veces irresoluble. El espacio de la reflexión o del análisis institucional permite encontrar los caminos para que un conflicto se pueda convertir en un problema (al que ya se le puede encontrar una solución) y en otras ocasiones incluso para prevenir los conflictos.

El futuro Plan Director de Salud Mental (21) parece que va a tener como un objetivo estratégico incrementar la satisfacción de los profesionales, a través de cuatro líneas de actuación: cuidar los cuidadores, carrera profesional, formación, y equiparación y dignificación de las redes asistenciales. Como otras veces, en este momento, estarían coincidiendo las demandas de los profesionales, la preocupación en las organizaciones por estos temas y el deseo de planificar soluciones por parte de la Administración. Tenemos la oportunidad del momento, ahora falta pasar a la acción, gobierno, organizaciones y profesionales. Una vez más se ha de pedir una decisión política que avale el Pla Director en los Presupuestos. No todo lo expuesto precisa de recursos económicos. He hecho mención a aspectos organizativos y de gestión que lo que precisan son cambios de estilo o modificaciones en las estructuras. Pero si todo se ha de mover en su conjunto, si hemos de trabajar para acabar con el estigma, es necesario que eso tenga una traducción en los presupuestos. Hoy tocaba hablar de los profesionales y su reconocimiento y dignificación es importante, pero hay más cosas que giran alrededor de los usuarios de salud mental y sus familias, que creemos que el Plan Director va a contemplar y quizás ha llegado ya el momento de dejar de ir despacio y hacer una progresión significativa.

Este catálogo de seis puntos se ha de entender referido al conjunto de profesionales que forman parte de los equipos de salud mental (hospitalarios y comunitarios). Aunque en algunos momentos la exposición ha girado fundamentalmente alrededor de los médicos psiquiatras (básicamente cuando se ha tratado la carrera profesional y los incentivos por objetivos), se ha de hacer extensiva al personal de enfermería, a los psicólogos clínicos y resto de profesionales de los equipos. Con relación a los modelos expuestos, únicamente el ICS plantea la carrera profesional para todas las profesiones sanitarias incluidas las de grado de diplomatura (enfermería, comadronas, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales) con la misma definición de niveles y similares características y unas dotaciones económicas de 1.100 Euros para el nivel 1, 2.500 para el N2, 4.000 para el N3 y 5.800 para el N4. Sin embargo para la retribución variable por cumplimientos de objetivos, solo contempla como ámbito de aplicación al personal facultativo del ICS (incluida Salud Mental).

El trabajo de promoción, prevención y asistencia en Salud Mental ha de ser llevado por equipos pluriprofesionales. Tenemos actualmente en el sistema unas dotaciones de personal proporcionalmente desviadas hacia la medicalización. En todo el amplio desarrollo que se precisa en la rehabilitación y el seguimiento de las personas con patologías graves y de larga evolución, y en las personas con situaciones de comorbilidad (trastorno mental y retraso mental, trastorno mental y adicciones), el papel de la enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores sociales y otros ha de verse reforzado y ha de ser clave en la composición de determinados servicios: centros de rehabilitación, programas de seguimiento individualizado (PSI), programas del trastorno mental severo...

Todos los miembros de los equipos deberían poder acceder a los modelos de incentivación, de participación, de formación y de cuidado.

■ BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

1. Ramos García, R. «Medicalización del malestar», Revista AEN, 2004, XXIII, pp. 3363-3377.
2. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, pp 20567-20588.
3. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). BOE núm. 280, pp 41442-41458.
4. Ley 55/2003 de 16 de diciembre de Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, pp 44742-44763
5. Acuerdo de la mesa sectorial de negociación de Sanitat sobre las condiciones de trabajo del personal de las instituciones sanitarias del Institut Català de la Salut (29.10.02)
6. Comisión sobre carrera profesional de la OMC. «La carrera profesional del médico», (Documento de trabajo). 2001 ?
7. Modelo de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de Salud elevado a la Mesa Sectorial de Sanidad. Mayo 2003.
8. Duque Fernández MR. «Problemas profesionales en atención hospitalaria». BSCP Can Ped 2001; 25 n° 2; pp 167-176.
9. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya num. 3972 – 22.09.2003, pp 18188-209 - Resolució TIC/2809/2003, de 15 de maig per la que es disposa la inscripció i la publicació de l'Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre les condicions de treball del personal de les institucions sanitàries de l'Institut Català de la Salut (ICS).
10. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. «Documento de trabajo de carrera profesional», 6 de julio de 2004.
11. Informe del Grupo de Trabajo del Consejo Asesor de Sanidad. «Carrera profesional de las profesiones sanitarias». Julio 2002.
12. CESM Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. «Borrador documento marco de carrera profesional». 26 de mayo de 2005
13. Hospital Gregorio Marañón – Carrera profesional. www.hggm.es
14. Closa Monasterolo, R. «Punto de vista de un clínico. ¿Es posible la investigación con el nuevo modelo retributivo?» XIX Congreso español de medicina perinatal. Octubre 2003.
15. Manifest de la intersindical CSC en defensa de l'atenció primària de salut a Catalunya. «Manifest de la Seu d'Urgell». 14.07.2005. www.intersindical-csc.org/
16. Fernández, C. «El ICS deniega casi la mitad de solicitudes para el tercer nivel», Diario Médico. com. 06.07.2005
17. Estévez, J y Ruiz de Aldana Pérez, R. «Carrera profesional y formación continuada», Azprensa. Julio 2005

18. Grup del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. «La psicoteràpia en la xarxa de Salut Mental», Maig 2004.
19. Nin, E. «Sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos en la Atención Primaria de Salud: aprendiendo de las experiencias», Revista clínica Electrónica en Atención Primaria, 2005.
20. Mateos, M. y Lezama, M. «Los hospitales privados chequean a sus profesionales», Grupo IDC, [www.expansiónyempleo.com](http://www.expansiónyempleo.com)
21. Departament de Salut. Pla Director Salut Mental. Document de Discussió. Versió 1. Agost 2005.

José García Ibáñez  
*Psiquiatra*  
*Grup Pere Mata. Reus*

Dirección correspondencia:  
José García Ibáñez  
Plaza La Pastoreta, 1, 8º 2ª  
43205 Reus  
E-mail: [garciaj@peremata.com](mailto:garciaj@peremata.com)