



**ASOCIACIÓN NACIONAL DE
INVESTIGADORES HOSPITALARIOS
(ANIH)**

**Enmiendas al borrador de Libro Blanco
del Ministerio de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad**

**“Los Recursos Humanos en el Sistema
Nacional de Salud”**

de 16 de octubre de 2013

Redactado por la Junta Directiva de ANIH:

Presidente: Dr Miguel Angel Moreno Pelayo
Vicepresidente: Dr Alejandro Vallejo Tiller
Secretario: Dr Francisco Javier del Castillo Fdez. Del Pino
Tesorero: Dr Javier Martínez-Botas Mateo
Vocal 1: Dra Berta Rodés Soldevila
Vocal 2: Dr Antonio Martínez Ruiz
Vocal 3: Dra Rosa Rodríguez Pérez
Vocal 4: Dr Juan Ángel Fresno Varas
Vocal 5: Dr Ángel Campos Barros

Alegaciones a las Propuestas del Consejo Asesor de Sanidad

Propuestas a las que se presenta alegación:

5, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 28, 29, 30, 33, 34, 37 y 43.

(nuevo texto que se propone en azul, texto a eliminar tachado)

5. El proceso de reformas habría de enmarcarse en una nueva cultura organizacional, en la que las pautas fundamentales del funcionamiento diario del Sistema Nacional de Salud sean el trabajo en equipo, la formación continua, **la investigación y** el sentido innovador, el uso habitual de las nuevas tecnologías, la cercanía al paciente, el uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles y la responsabilidad de todos para conseguir unos adecuados niveles de calidad y unos buenos resultados en salud.

10. El estancamiento normativo al que se ha hecho referencia fue particularmente notorio respecto del Desarrollo Profesional.

Es cierto que la LOPS y antes la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (en lo sucesivo LCCSNS) apostaron por el Desarrollo Profesional, pero es hora ya de proyectarlo a la gestión diaria de los recursos humanos.

Conviene recordar que, según el Art. 40 de la LCCSNS, el Desarrollo Profesional "*constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y deberá responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:*

a. La formación continuada.

b. La carrera profesional.

c. La evaluación de competencias."

Aunque el reconocimiento del Desarrollo Profesional es general, para todos los profesionales sanitarios, lo cierto es que los preceptos de la LOPS lo limitan a aquéllos que tengan título universitario.

De otra parte, es necesario no olvidar que el Desarrollo Profesional, como palanca fundamental en la política de recursos humanos, también es de aplicación a quienes presten servicios, por cuenta ajena o propia, en los centros sanitarios privados.

Los recientes Acuerdos suscritos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con médicos y enfermeros y el necesario impulso de la **Comisión de Recursos Humanos** deberían ser capaces de activar y dar coherencia a los mecanismos que integran el Desarrollo Profesional. **Estos acuerdos deben extenderse a otras titulaciones igualmente representadas en el SNS (Biólogos, Químicos, etc)**

Igualmente sería muy útil, a estos mismos efectos, la puesta en funcionamiento de la **Comisión Consultiva Profesional** prevista en la LOPS.

De otra parte, hay que señalar que la LOPS encomienda al **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** el establecimiento de principios y criterios generales para la homologación del reconocimiento del Desarrollo Profesional. Habría que recuperar el tiempo perdido. Se ha visto ampliamente superado el plazo legal de cuatro años para llevar a cabo estas tareas, tan importantes para la formación, cualificación, motivación y modelo de retribución de los profesionales sanitarios.

12. La formación, la investigación y las nuevas tecnologías son claves para impulsar la modernización de la política de recursos humanos, siendo fundamental implicar la actividad investigadora con la actividad asistencial. **Esta implicación debe articularse a través de dos mecanismos distintos que aprovechen al máximo los recursos humanos en investigación ya existentes en el Sistema Nacional de Salud. Por una parte, debe promoverse la figura del clínico investigador, orientado a pacientes y resultados (sección 12A). Por otra parte, debe incorporarse plenamente al SNS la figura del investigador hospitalario (sección 12B), un profesional universitario (médico, biólogo, químico, etc) volcado en la labor investigadora para hacer que la asistencia esté basada en la evidencia y sea más eficaz y eficiente.**

~~La investigación clínica incorpora la investigación traslacional orientada a las enfermedades, así como a los pacientes y a los resultados.~~

12A La **investigación** orientada a pacientes entra de lleno en la investigación de productos, procesos y cambios organizativos que hagan la asistencia más próxima, efectiva, segura, integrada y eficiente. No es sólo la brecha entre el conocimiento o el saber y la práctica o el hacer, sino también en la calidad de la atención, entre eficacia y efectividad, entre prescripción y cumplimiento terapéutico, entre eficiencia y despilfarro, entre preferencias del paciente y opinión del profesional; a todos esos hechos está dirigida la atención del clínico investigador.

Hay que reconocer que están empezando a recuperarse los ensayos clínicos impulsados por los investigadores, pero se requieren infraestructuras que aúnen centros asistenciales, unidades de ensayos clínicos y centros de investigación. **Los institutos de investigación sanitaria (IISs) promovidos por el Instituto de Salud Carlos III son las infraestructuras naturales para aunar estos esfuerzos y promover interacciones entre el mundo hospitalario, las universidades y la industria.**

Todo ello se puede facilitar con las nuevas tecnologías de información y comunicación, como son las bases de datos de la historia clínica, la prescripción electrónica o los registros de pacientes, **así como las acciones de impulso de la medicina personalizada que promueve el Instituto de Salud Carlos III.**

También están apareciendo nuevos diseños de estudios y se promueven ensayos clínicos pragmáticos que buscan responder a las necesidades de los pacientes, de los profesionales de la salud y de los responsables sanitarios.

La propia práctica clínica, como objeto de investigación, debería ser el enlace entre los descubrimientos obtenidos en el laboratorio y la eficacia y efectividad clínica en contextos reales.

Este tipo de investigación convierte a la práctica en un laboratorio para estudios observacionales, encuestas de pacientes y profesionales, análisis de datos secundarios e investigación cualitativa. Incorpora la evaluación de la innovación oculta, es decir, la utilización de fármacos y productos sanitarios fuera de las indicaciones aprobadas para su comercialización (*off label*).

En cualquier caso el elemento imprescindible para revitalizar esta investigación es la capacitación y la disposición de los clínicos investigadores.

No debería haber ningún centro asistencial que periódicamente no examinase sus déficits y sus principales problemas tanto a nivel de resultados como de procesos u organización, y propusiese alternativas para la mejora de la

atención a los pacientes, siendo éstas evaluadas por sus consecuencias en términos de salud y economía.

El declive del clínico investigador es aún más evidente fuera del ámbito hospitalario y de la especialización, a nivel de la atención primaria. Son los miembros de los equipos de atención primaria los que deben constatar las epidemias de enfermedades crónicas, la multipatología y la multimedicación individual. Estos profesionales han de atender toda la tipología de pacientes: los auténticamente sanos, los enfermos funcionales, los enfermos de verdad y los que se creen sanos; la atención sanitaria a este nivel pasa más a centrarse en el paciente que en la enfermedad.

Es en este terreno de atención primaria en donde más preguntas de investigación pueden surgir y donde las ciencias sociales, con sus aproximaciones y metodologías, más pueden aportar.

Es necesario revitalizar la investigación clínica y ha de hacerse a varios niveles empezando por la educación, la formación y la carrera profesional.

Es importante la formación en el pensamiento crítico y en la metodología de la investigación que debe iniciarse en las facultades, antes de la especialización y la formación continuada **a través de programas de formación en investigación amparados por la Escuela Nacional de Sanidad.**

El desarrollo e incorporación de los estudios universitarios al Marco Europeo de Educación Superior ha logrado incorporar y diseñar los itinerarios formativos de nuestros futuros sanitarios marcando las competencias que estos deben alcanzar, es decir el conocimiento clínico y científico acreditado, las actitudes adecuadas a la atención y cuidado de la salud, las habilidades cognitivas y manuales ejecutivas, etc.

Las autoridades sanitarias deberían favorecer durante la especialización la realización del doctorado, por lo que es necesario incluir en esa fase formativa más formación investigadora. De hecho, la legislación universitaria actual contempla las condiciones y características del acceso de los MIR a dicha formación.

Para ello, habría que sistematizar la colaboración entre los hospitales universitarios y las Facultades de Medicina / Ciencias de la Salud, facilitando el proceso y su posterior aplicación. Podemos señalar positivamente las iniciativas del Instituto de Salud Carlos III respecto a convocatorias de proyectos de investigación con fondos de soporte a las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa y a los Centros de Investigación Biomédica en Red.

Probablemente la constitución y acreditación de los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) ha sido el salto más significativo en la búsqueda de sinergias entre instituciones y distintos tipos de investigación, a la vez que favorece la creación de una masa crítica que pueda potenciar la transferencia de los avances científicos en el abordaje de los problemas de salud.

12B. Es necesario potenciar la investigación básica y traslacional en los centros sanitarios, integrando plenamente en los Recursos Humanos del SNS a los investigadores y personal de apoyo (técnicos y auxiliares de laboratorio, especialistas en gestión de la investigación) que la llevan a cabo en dichos centros.

La investigación es uno de los pilares fundamentales del avance de la sanidad y tiene que estar plenamente integrada en los centros del Sistema Nacional de Salud. Además de la investigación clínica, se lleva a

cabo la investigación básica en biomedicina y la investigación traslacional. El Instituto de Salud Carlos III (designado por el artículo 83.2 de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 de 3 de julio como el agente para fomentar y coordinar “la investigación en biomedicina mediante la realización de investigación básica y aplicada, el impulso de la investigación epidemiológica y en salud pública, acreditación y prospectiva científica y técnica, control sanitario, asesoramiento científico-técnico y formación y educación sanitaria en biomedicina”) ha hecho un gran esfuerzo para incorporar estas modalidades de investigación al Sistema Nacional de Salud mediante distintas actuaciones.

Entre ellas, ha sido crucial la incorporación de profesionales con amplia experiencia investigadora y con dedicación plena a la investigación a los centros del Sistema Nacional de Salud. El perfil de estos investigadores hospitalarios es el de titulados superiores (con diversas titulaciones en el ámbito de la biomedicina como médicos, biólogos, bioquímicos, químicos, etc), que han sido seleccionados mediante sucesivos concursos de méritos y evaluaciones de su actividad investigadora por agencias nacionales, principalmente a través de los programas “Miguel Servet” (del ISCIII) y “Ramón y Cajal” para titulados superiores con grado de doctor. Estos investigadores hospitalarios son los líderes naturales de equipos multidisciplinares de investigación sanitaria con la capacidad de colaborar productivamente con los clínicos investigadores y proporcionar un nexo esencial entre investigación básica, traslacional y clínica tanto en el terreno de la ejecución de las mismas como en el de la formación de nuevos investigadores sanitarios.

Se ha constatado en diversos estudios los beneficios que la incorporación de estos investigadores ha generado en los centros donde han ejercido su labor, en términos de la actividad investigadora, de su traslación asistencial y del retorno económico que generan (*The fourth mission of hospitals and the role of researchers as innovation drivers in the public healthcare sector*. Rey-Rocha J., López Navarro I. Revista Española de Documentación Científica, 37(1):e028a).

Su incorporación plena como personal propio del Sistema Nacional de Salud quedó regulada en el artículo 85 de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007, “Carrera investigadora en los centros del Sistema Nacional de Salud” (después complementada por lo dispuesto en la Ley 14/2011, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación), en el que se establece que “Las Administraciones públicas fomentarán, en el marco de la planificación de sus recursos humanos, la incorporación a los servicios de salud de personal investigador en régimen estatutario”. Sin embargo, este precepto legal no se ha desarrollado, excepto en la Comunidad Autónoma del País Vasco (donde se ha creado la categoría estatutaria de personal investigador), y los investigadores se encuentran en una permanente indefinición e inestabilidad que impacta negativamente el desarrollo de su actividad.

Además, en los centros del Sistema Nacional de Salud también ejercen su tarea otros profesionales de la investigación (técnicos de apoyo, técnicos especializados, etc.), con titulaciones diversas, y que se han ido incorporando mediante distintos programas de incorporación de personal

de investigación, varios de ellos promovidos por el Instituto de Salud Carlos III. Este personal es imprescindible para el desarrollo de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en los centros del Sistema Nacional de Salud, y en su gran mayoría se encuentra también en una permanente inestabilidad laboral, lo que provoca una gran pérdida de experiencia y personal altamente formado, redundando en el desperdicio de los escasos recursos económicos dedicados a promover la investigación en el SNS.

Por todo ello, el desarrollo del artículo 85 de la Ley 13/2007 debe ser un objetivo prioritario del programa de Recursos Humanos del SNS. Se debe promover la incorporación plena de los investigadores hospitalarios y del personal de apoyo de investigación a los centros del Sistema Nacional de Salud, configurando un modelo de carrera profesional para los mismos. Para ello, se deben crear las necesarias categorías profesionales de investigador hospitalario y de personal de apoyo a la investigación, así como las plazas necesarias en los distintos centros, estableciendo las peculiaridades necesarias para que puedan incorporarse al proceso de selección, tanto por la naturaleza de la actividad investigadora, como por la extensiva selección y evaluación públicas que los investigadores y personal de apoyo han tenido a lo largo de su desarrollo profesional en los centros del Sistema Nacional de Salud y otros centros de investigación. En particular, se debe regular la incorporación estable de los integrantes de los programas Miguel Servet (I y II) y Ramón y Cajal que hayan superado todas las evaluaciones previstas en sus respectivos programas. También es necesario incorporar a la carrera profesional a este personal, reconociendo las peculiaridades de su actividad y creando mecanismos de evaluación e incentivos basados en su desempeño profesional como investigadores hospitalarios, sin que eso suponga una merma de su desarrollo profesional.

Como conclusión, debe señalarse que la revitalización de la investigación ~~clínica~~ **sanitaria** pasa por el establecimiento de módulos y programas de investigación en Ciencias de la Salud durante el grado que, de forma escalonada y progresiva en complejidad, permitan iniciarse en dichas actividades, sin olvidar nunca que la finalidad de los grados es la formación de un profesional sanitario para el ejercicio profesional generalista básico. Será por tanto la formación especializada y el desarrollo formativo a lo largo de la carrera profesional los que le lleven al desarrollo de su actividad investigadora plena.

Es importante remarcar la necesidad de aumentar la financiación de la investigación ~~clínica~~ **sanitaria** en sus diferentes ámbitos (**clínica, traslacional, básica**). Los actores de la gestión de los proyectos de investigación hospitalaria y ensayos clínicos deben ser las Fundaciones de Investigación sin ánimo de lucro actualmente existentes, ya que permiten un uso eficiente de los recursos y favorecen el mecenazgo privado de la investigación sanitaria. Sin embargo, la contratación de personal investigador por dichas fundaciones debe quedar limitada exclusivamente a las primeras fases de la carrera investigadora (estudiantes graduados y postdoctorales), debiendo quedar arbitrados mecanismos para que se produzca la eventual incorporación, basada en el mérito, de ese personal investigador a los Recursos Humanos del SNS

a través de programas como los ya citados Miguel Servet, Juan Rodés, Ramón y Cajal, y de Técnicos de Apoyo en el SNS.

Deberían promoverse las figuras del clínico investigador **y del investigador hospitalario** en los contratos de investigación dentro del Sistema Nacional de Salud y también a nivel asistencial, además de establecer las fórmulas correspondientes para desarrollar investigación asistencial con los establecimientos sanitarios privados, concertados con el citado Sistema Nacional de Salud. Deben desaparecer las barreras alrededor de la investigación clínica **sanitaria** y encontrar el reequilibrio en su financiación y promoción, impulsando los ensayos clínicos y proyectos de investigación básica y traslacional promovidos por los investigadores del SNS. ~~y la figura del clínico.~~

14. Es indispensable establecer previsiones a medio y largo plazo, de las necesidades de personal sanitario, en los sectores público y privado, y hacerlo tanto desde el punto de vista cualitativo (especialidades) como respecto de su volumen y distribución. Esta política de personal debe hacerse también extensiva a los investigadores en el SNS.

Sin duda, la tardanza en promover la creación del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios está en la raíz misma del problema. **En este Registro Estatal se debe incluir a los Investigadores Hospitalarios como parte del personal sanitario.**

El Real Decreto Ley 16/2012 y su anunciado desarrollo reglamentario podrán ayudar a definir objetivos e impulsar estrategias sobre tan crucial cuestión.

Los recientes Acuerdos con el Foro Profesional Médico, Consejo de Enfermería y SATSE inciden en esta cuestión y detallan las características del mencionado Registro. 25

Entre tanto, cabe recordar algunos datos relevantes que aparecen en informes promovidos por algunas organizaciones colegiales. En este caso está el del Consejo General de Enfermería, que pone el acento en el notorio desajuste en cuanto al número de enfermeros a tenor de las necesidades asistenciales y de los ratios europeos de médicos/enfermeros, aunque ciertamente la cifra varía entre los diferentes Estados Miembros.

En todo caso hay que tener presente que España cuenta con 528 enfermeros por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la media europea de 984 enfermeros por cada 100.000 habitantes (*Fuente: OCDE 2011*), promedio que no debería ocultar las diferencias entre Comunidades Autónomas. Sólo Navarra, con 881 enfermeros por cada 100.000 habitantes, supera la media europea; frente a Murcia, con 400 por cada 100.000 habitantes.

Para situarnos en la media europea, España, con 250.000 enfermeros para una población de 45 millones de habitantes, necesitaría un incremento de aproximadamente 120.000 enfermeros.

Por su parte, la Organización Médica Colegial en sus informes motivó la determinación de las necesidades de médicos y, en concreto, de médicos especialistas, para ajustar su número, formación y distribución geográfica y poblacional (áreas rurales, concentraciones urbanas) a las necesidades de salud de la población y demandas de asistencia previsibles.

En concreto, el Informe sobre Demografía Médica de la Organización Médica Colegial (2009-2011: Apuntes para la eficiencia del Sistema Nacional de Salud) señala un problema de demanda asistencial no planificada, no regulada e inadecuadamente gestionada.

Aunque la tasa de médicos por 1.000 habitantes en el 2010 en España era de 3.8 (por encima del promedio de los países de la OCDE de 3.1), se constatan diferencias muy manifiestas de distribución entre Comunidades Autónomas.

Ante todos estos datos, insuficientes, pero significativos en cuanto a los desajustes existentes, es preciso recordar que los instrumentos más relevantes para regular la entrada de profesionales en el mercado sanitario son tres: las convalidaciones de profesionales (médicos especialistas) no comunitarios que requiere revisar expedientes y cumplir plenamente los requisitos establecidos en el artículo 8.3 de la LOPS,

el *numerus clausus* de las Facultades de Ciencias de la Salud y

la oferta de plazas de formación de especialistas por la vía MIR.

Todos estos instrumentos están tutelados por la Administración General del Estado.

La formación de un **médico facultativo** especialista es larga y costosa, por lo que el ajuste entre la oferta y la necesidad, es un aspecto clave para la política sanitaria. Para la evolución de la demanda sería deseable disponer de estándares consensuados de necesidad actual y futura, en términos de ratios de **médicos especialistas** por población, o de estándares basados en el *benchmarking* que permitieran trabajar con escenarios más realistas de necesidad.

Por su parte, la Comisión Europea ha propiciado la iniciativa de elaborar un “*libro verde*” sobre el personal sanitario europeo con los objetivos de dar más visibilidad a los problemas a que se enfrenta el personal sanitario de la Unión Europea, obtener una imagen más clara de la manera en que las administraciones sanitarias locales y nacionales afrontan retos similares y ofrecer una base más firme para estudiar las posibles actuaciones a nivel comunitario para abordar eficazmente estos problemas.

Entre los factores que este documento señala como relevantes en su influencia sobre las políticas de personal sanitario en la Unión Europea, se encuentran los siguientes:

- **Factores demográficos.**
- **Formación.**
- **Movilidad** dentro de la Unión Europea.
- **Migración** a escala mundial.
- **Insuficiencia de datos** para apoyar la toma de decisiones.
- Impacto de las **nuevas tecnologías.**
- Papel de las **empresas sanitarias.**

Volviendo a España, los estudios del sector odontológico evidencian un problema diferente. En lugar de insuficiencia, en nuestro país hay más del doble de los dentistas necesarios, si tenemos en cuenta la baja demanda asistencial.

Actualmente la *ratio* en España es de menos de 1.600 habitantes por dentista (a 1 de enero de 2012 era de 1.610 habitantes por dentista), y estará en aproximadamente 1.000 en el año 2020.

La baja demanda asistencial de los servicios odontológicos en España, 38,39% en el conjunto de todas las edades según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se está traduciendo en pérdidas económicas e incluso en quiebras financieras de los profesionales, produciendo el cierre de consultas.

Esta baja demanda explica que, pese a que la *ratio* de habitantes/dentista en España es la sexta mayor de la Unión Europea, las *cargas de trabajo* por dentista sean más bajas y nuestra posición relativa peor, de modo que en el horizonte de 2020 es previsible un importantísimo paro profesional.

Por lo que se refiere a los psicólogos españoles, también se registran similares problemas de información y signos de desajuste, tanto de armonización con los ratios de la Unión Europea como entre Comunidades Autónomas.

Los escasos datos disponibles, extraídos del Atlas de Salud Mental 2005 de la OMS y de un estudio de ese mismo año del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), indican que en España sólo

hay 4,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, mientras que en Europa esta ratio es de 18 psicólogos.

Sería importante mejorar la información comunitaria e internacional, instando a la oficina estadística de la Unión Europea y a la de la OMS, la inclusión de los datos sobre profesionales de la Psicología en las estadísticas sanitarias.

En todo caso, es preciso resaltar que la baja tasa de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud contrasta con las de prevalencia de los trastornos psicológicos y comportamentales que requieren intervención psicológica.

Según un informe del Senado de 2010, hay un déficit de 7.200 psicólogos en nuestro sistema sanitario.

Hay que recordar que este problema aparece también reflejado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El consumo de drogas está favoreciendo un incremento de este tipo de trastornos. Así se desprende de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España de 2011.

Desde la perspectiva autonómica, tampoco son satisfactorios los datos disponibles, que permiten constatar diferencias sensibles, que oscilan entre los 2 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes en Cantabria, a los 6,15 en la Comunidad Foral de Navarra.

De otra parte, la ausencia de planificación lleva a que, pese a la falta de plazas de psicólogos clínicos, siga registrándose un evidente exceso de licenciados y graduados en Psicología en nuestro país, según confirman las últimas estadísticas del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Reflexiones parecidas cabe formular respecto del sector profesional de la Fisioterapia, una de las profesiones sanitarias más demandada y cuya labor, entre otras ventajas, contribuiría a reducir dolencias y complicaciones, aliviando la presión asistencial.

En nuestro país otras profesiones sanitarias, como la terapia ocupacional, también se encuentran muy por debajo de los ratios europeos. Como indican los datos de Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC, 2012), el número de terapeutas ocupacionales que ejercen su profesión en España es aproximadamente de 5.300, pero si comparamos esta cifra con la de otros países de la Unión Europea (por ejemplo, Alemania con 35.000 terapeutas ocupacionales) podemos afirmar que la presencia en nuestro país es realmente baja. En efecto, en España el número de estos profesionales es de 8 o 9 por cada 100.000 habitantes, pero en Alemania es de 42.5, en Finlandia de 41.5, en Suecia de 34, en Portugal de 17 y en Bélgica de 60, por citar algunos ejemplos.

Por su parte, la Farmacia comunitaria tiene un importante aporte al conjunto de los profesionales sanitarios. En efecto, en la farmacia comunitaria trabajan 44.848 farmacéuticos, empleando a 80.000 profesionales, un empleo estable (90% contratos fijo), cualificado (56% licenciados), femenino (70,8% mujeres) y joven (51,5% menores 44 años).

En promedio, en España hay 2,1 farmacéuticos por farmacia, única modalidad en la que aumenta año tras año el número de farmacéuticos que ejercen, con un promedio de crecimiento anual del 1,6%. Los niveles de empleo muestran que España genera el doble de empleo de farmacéuticos de oficina de farmacia que Reino Unido.

Además, en España hay más de 3.000 farmacéuticos especialistas en Farmacia Hospitalaria.

Se debe promover un estudio de la misma índole referido al número de investigadores sanitarios por cada 100.000 habitantes y adecuar nuestros programas de incorporación de estos profesionales al SNS para asegurar

la convergencia con Europa en esta área crítica para la mejora de la calidad y eficiencia del SNS.

Así pues, con carácter general, cabría decir que todos estos datos, tan heterogéneos y tan necesitados de depuración, de análisis y de valoración, demuestran con claridad que debería abordarse con decisión y sin más demora la mejora de la información y la planificación de recursos humanos a medio y largo plazo.

16. Es imprescindible promover cambios en las profesiones sanitarias para adecuarlas a estructuras organizativas más eficientes y a los requerimientos derivados del envejecimiento de la población, de la cronicidad, de la coordinación socio-sanitaria y del progreso científico y técnico.

Los cambios demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y las mejoras en la educación y formación están dando lugar, en algunos países, a una revisión del papel de las distintas profesiones sanitarias, cuestión que debe ser abordada, en su caso, en el marco de los planes de estudios, las competencias profesionales y la legislación vigente en Europa y en los diferentes países, como es el caso de la LOPS.

Así, por tanto, los Investigadores Hospitalarios, profesionales que, independientemente de su titulación, desarrollan su labor dentro del sistema sanitario, y que son los actores principales del progreso científico y técnico del Sistema Nacional de Salud, deben ser también considerados profesionales sanitarios.

También incidirá en este punto la reorganización y la redistribución de recursos asistenciales en función de la llamada coordinación sociosanitaria, que, bajo diversas denominaciones, está impulsándose en la Unión Europea y en nuestro país. La Enfermería y el potencial de apoyo asistencial desde la farmacia comunitaria deberían ser relevantes a estos efectos.

17. Uno de los retos más importantes para ganar en calidad asistencial y en seguridad clínica es modernizar la gestión de recursos humanos sanitarios a través de la potenciación del trabajo en equipo.

A ello alude el artículo 9 de la LOPS que, al apostar por una atención sanitaria integral, considera necesario impulsar la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, evitando el fraccionamiento y la superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. Por eso, el equipo de profesionales habrá de ser la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

Esta forma de actuar en equipo podrá articularse de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, al de titulación de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas. **En este sentido, nos parecen especialmente interesantes las sinergias que surgen cuando colaboran grupos con diferente formación y titulaciones, como es el caso de equipos dirigidos por investigadores clínicos y por investigadores hospitalarios básicos o trasnacionales, habitualmente profesionales con otras titulaciones como Biólogos, Químicos, etc.**

Habría que contemplar la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad y competencia legal para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

Así pues, el trabajo en equipo habría de concebirse como un método de trabajo colectivo "**coordinado**", en el que los participantes intercambian sus experiencias, **respetan sus roles, competencias y funciones**, para lograr objetivos comunes al realizar una **tarea conjunta**. Sin embargo, a día de hoy, el propio personal sanitario considera que, en general, se trabaja poco en equipo y no se sabe trabajar bien en este contexto.

Para revertir semejante situación convendría tener presentes cuatro elementos fundamentales: a) el establecimiento de los objetivos y resultados; b) la composición y diseño de los equipos (recursos); c) el desarrollo de procesos de equipo que permitan transformar los recursos en resultados; y d) el apoyo institucional.

a. Respecto a los objetivos: resulta fundamental que estos estén suficientemente claros, sean compartidos y participados, alcanzables y motivadores. Para conseguir esto, resulta fundamental que se divulgue la información necesaria y se realicen reuniones con los propios miembros de los equipos.

b. En cuanto a la composición de los equipos, es importante considerar que los miembros posean, además de las competencias profesionales necesarias, habilidades de trabajo en equipo.

c. Para impulsar el trabajo en equipo: es clave formar y entrenar en determinados procesos cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales

d. El apoyo institucional habría de articularse con medidas específicas de las Comunidades Autónomas.

Las nuevas tecnologías y los sistemas de comunicación en red favorecerían el trabajo coordinado de los equipos multidisciplinares, lo que, a la postre, redundaría en una mejora en la atención integral y coordinada al paciente.

18. La gestión de recursos humanos habría de inscribirse en un contexto de redimensionamiento y de mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, servicios y centros de referencia.

La mejor gestión del personal sanitario requiere superar la negativa situación actual en la que:

a.- El sistema sanitario está, en gran medida, compuesto por compartimentos estancos. La relación entre hospital y primaria es escasa y casi nula la relación entre hospitales. Tampoco hay procedimientos definidos para la relación con la farmacia comunitaria.

b.- El sistema sanitario es opaco. Pese a los avances en los sistemas de información, en el mejor de los casos se mide cantidad de actividad, no su calidad.

c- Pacientes y profesionales sanitarios han perdido la posición central en el sistema sanitario. Los instrumentos (equipamientos, hospitales, etc.) se han convertido en un fin en sí mismo.

Así pues, al igual que ya están haciendo otros países, habría que rediseñar la organización del sistema sanitario para eliminar la compartimentación que genera ineficiencias y posibilitar un sistema integrado y centrado en la atención del paciente, de modo que la organización sanitaria gire alrededor del paciente y que no sea el paciente quien “peregrine” a través de la organización.

Este rediseño en los planos organizativo y de gestión de recursos humanos debería hacerse contemplando tres aspectos:

Primero.- Permeabilizar la relación Atención Primaria-Hospitalaria.

Esto exige que, en general, la atención continuada del paciente sea responsabilidad del médico de Atención Primaria y el especialista actúe como consultor de aquél. Igualmente, a estos mismos efectos, habría que tener presente las funciones de enlace y de gestión de casos a cargo de los enfermeros.

El paciente debería tener su entrada y “asiento” **en el Nivel Asistencial de la medicina/atención primaria.** La medicina especializada **en el Nivel Hospitalario,** debería prestar de manera eficaz el servicio que el paciente necesita, al ser enviado por su médico a confirmar o buscar un diagnóstico, y debe volver a su médico de Atención Primaria que es el que sigue al paciente. El especialista debe actuar como médico consultor del médico de Atención Primaria que será de nuevo el que inicie el procedimiento de una nueva actuación de la atención especializada. A veces, por las razones de complejidad o de especificidad se compartirá el seguimiento entre ambos niveles.

Es necesario definir circuitos para garantizar la asistencia especializada urgente o preferente, sin pasar por el servicio de urgencia. Todos los profesionales de los centros de salud y equipos de atención primaria deben conocer los recursos y capacidad del sistema, tener acceso a pruebas diagnósticas, compartir el cuidado de los pacientes y tener una comunicación ágil y fluida con el médico especialista de referencia, todo ello, de acuerdo a sus competencias y capacitación de establecimiento e interpretación.

Se ha de pasar de una atención centrada en episodios a una que garantice la continuidad asistencial. Para ello es necesaria una nueva sistemática de conocimiento del paciente en su entorno comunitario, percibiendo sus necesidades (especialmente la cronicidad) y adelantándose a sus necesidades lo que hace preciso un compromiso y una participación en la gestión.

Para mejorar la atención es necesaria la coordinación. La organización, con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales, debe identificar

los procesos médicos, elaborar programas con protocolos compartidos y circuitos asistenciales, en los que se debe definir las actuaciones en cada situación y crear indicadores para valorar la calidad de proceso que sirvan para mejorar la eficiencia del mismo. Los procesos deben iniciarse, de manera habitual, en Atención Primaria y retornar a ella. Esto obligará a:

a. Desarrollar equipos verdaderamente multidisciplinares en los que estén representados todos los actores importantes en cada proceso y que cohesionen los ámbitos hospitalario y de Atención Primaria y más allá cuando sea necesario. Los especialistas con mayor conocimiento de cada proceso concreto deben ser los garantes y/o directores de la buena atención al mismo.

En línea con esto, la unidad mínima de trabajo en Atención Primaria debería ser el equipo entre médicos y enfermeros, en los términos establecidos por la LOPS. Ambas partes son fundamentales para una atención integral de los pacientes.

b. Estandarizar la atención de todo lo que sea estandarizable, aplicando este criterio con la flexibilidad suficiente para no frenar el progreso en las especialidades.

c. Definir qué debe hacer, cuál y dónde debe prestarse esa atención.

d. Medir los resultados de lo que se hace e incorporar las mejoras que se identifiquen.

Los equipos de Atención Primaria, de acuerdo con su capacitación y sus competencias para su solicitud e interpretación, podrán tener un acceso más directo a pruebas complementarias en los casos en que se acuerde en cada proceso.

Asimismo, se les podrán asignar recursos para atender a la población que tengan asignada y que se encargarán de gestionar.

El número y el grado de adecuación de las derivaciones de pacientes a la atención especializada deberían estar entre los criterios de evaluación del equipo de Atención Primaria, así como la medición de los recursos asignados.

Segundo.- Reorganizar hospitales.

En el hospital, los cambios deberían ser, además de la ya mencionada relación con la Atención Primaria, en dos frentes: en la organización interna y en la relación con otros hospitales. Internamente se debe caminar hacia la interdisciplinariedad y con otros hospitales hacia el trabajo en red, para compartir recursos.

En el hospital, la asistencia se organiza en torno a especialidades que surgieron en torno a órganos, técnicas o perfiles históricos con un eje integral bio-psico-social del individuo.

Una especialidad presta su asistencia a través de una organización que denominamos Servicio. La asistencia queda fragmentada, al constituirse sistema de “cajas” o “silos” donde cada servicio atiende a “sus” pacientes.

Sin embargo, el paciente y sus padecimientos, muy frecuentemente, precisan ser abordados por la confluencia de distintos profesionales que pertenecen a distintos servicios. La atención, cuando se requiere el concurso de diferentes especialistas, tiende a ser realizada de manera secuencial, el paciente va pasando de un servicio a otro, situación que se ha ido superando con la constitución de unidades funcionales multidisciplinares, como es el caso de los Comités de Tumores que bien puede servir de ejemplo.

Además muchos padecimientos precisan de la actuación simultánea de profesionales provenientes de diferentes especialidades. La fórmula es “ajustar” la organización al paciente, para lo que es necesario crear modelos de atención integrados, que eliminen barreras entre servicios, buscando sinergias

que aporten valor y eviten redundancias al compartir los recursos de los servicios o áreas de conocimiento que convergen en la atención. Será necesario eliminar barreras y crear puentes de comunicación. Los sistemas de medida y monitorización deben ser establecidos para valorar los resultados, la calidad y la eficiencia.

En este sentido, también hay que poner el acento en la necesidad de revisar el modelo de arquitectura hospitalaria en función de nuevos diseños, ya que los actuales están centrados en el tratamiento de pacientes agudos.

El proceso de reorganización debería incluir la relación entre los médicos, los enfermeros y otros profesionales sanitarios, en particular, los farmacéuticos que ejercen en los servicios de farmacia hospitalaria para conseguir la mejora en el uso eficiente de los medicamentos y productos sanitarios. **También se debería incluir la relación con los Investigadores Hospitalarios, ya que ello redundaría en que la traslación de los resultados de la investigación a la práctica clínica se desarrollara más rápidamente.**

Tercero.- Relaciones entre hospitales.

Se debería caminar a que los servicios y unidades superen los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red asistencial. Se trata de que se compartan unidades de diagnóstico y tratamiento con el fin de optimizar recursos, mejorar la calidad al concentrar y compartir conocimiento.

El modelo basado en atención por episodios en los hospitales, la conexión entre la atención primaria y la hospitalaria actual y la atención secuencial, de traslado a otro hospital según la necesidad en atención especializada, deber ser superado por un modelo de atención integrada basada en la atención por procesos.

El objetivo es que la organización sanitaria se diseñe centrada en el paciente para proporcionarle la atención adecuada, es decir la mejor opción diagnóstica o terapéutica con la máxima calidad y seguridad en el momento que la precise. Ese debe ser el criterio que presida el derecho de accesibilidad y de equidad

El acceso a los servicios y la equidad en la atención sanitaria no deberían conllevar situaciones de fragmentación en las estructuras sanitarias. Lo importante no es la cercanía sino la agilidad en la atención, lo cual obliga a poner el acento en la importancia del transporte sanitario y en el funcionamiento de la atención sanitaria en red.

Será necesario que determinados procedimientos, o parte de ellos, puedan realizarse en un único centro como servicio a varios (un centro ofrecería este servicio aunque, físicamente, se realizara en otro).

Para ello es necesario que los diferentes centros tengan igual nivel de acceso a estos procedimientos, el mismo que el propio centro donde finalmente se realizará: equidad para los pacientes. El resultado debe ser visto por los profesionales y los pacientes como si la única diferencia entre centros fuera que en unos centros el pasillo para llegar hasta dónde se hacen los procedimientos es algo más largo que en otros.

Este trabajo coordinado se enmarca dentro del concepto de **red asistencial**. Una red abarca a toda una comunidad, incluye centros de referencia para patologías especiales que requieren personal experto en su realización y que para mantener ese grado de habilidad o suficiencia necesita realizar un número mínimo de exploraciones anuales, por centro y profesional.

A estos efectos será necesario redefinir procesos y darles respuesta integral desde todos los niveles posibles de la atención, en lugar de darla a episodios como en la actualidad.

Determinados procedimientos bien por su complejidad, baja frecuencia o dificultades logísticas de organización, puede ser aconsejable que se realicen

en un único centro para que sus profesionales tengan la experiencia suficiente cada vez que se les presenta un caso. Es necesaria una planificación de la localización y características de los recursos compartidos en la que deben participar los profesionales.

Para alcanzar este objetivo se requiere la gestión compartida de los pacientes agrupados por "procesos".

La gestión integral del proceso asistencial, obliga a la creación de **redes asistenciales** en las que se integren unidades especiales compartidas para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia en la atención al paciente con determinada patología. Se justifican por la patología especial que atienden o por procedimientos que tengan un grado de complejidad que requiera un alto grado de especialización y de práctica continuada para garantizar la calidad.

Para contribuir a esto es necesario una organización en red que permita compartir recursos centralizados en unidades (**unidades asistenciales compartidas**) y poder dar respuesta con el mejor tratamiento a los pacientes agrupados en torno a determinados procesos asistenciales que comparten una patología común y características determinadas.

La organización en red, adquiere especial importancia en el tratamiento de determinadas patologías agudas como ictus, infarto de miocardio con ST elevado, traumatismo craneoencefálico, etc.

Todo esto sólo será posible con estructuras sanitarias flexibles que permitan la plasticidad de su funcionamiento de acuerdo con necesidades siempre en constante evolución.

Los hospitales deben compartir y utilizar recursos altamente especializados y/o de continuidad asistencial (24h.).

Se hace muy necesaria una diferenciación estructural y organizativa definiendo claramente las carteras de servicios, la clasificación de hospitales y la utilización de estos para hacer tratamientos muy especializados, manejo del paciente crónico, media estancia, larga estancia, etc.

La burocracia establecida y la carencia de una gestión eficaz de la información, está propiciando que existan pacientes que reciben una doble o triple atención en Atención Primaria y especializada.

De otra parte, hay que señalar que todas las profesiones sanitarias pueden contribuir a la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, desde sus distintos y específicos roles.

En este sentido, hay que destacar el papel del farmacéutico de hospital, que aglutina conocimientos clínicos que son de gran ayuda para el paciente y para el resto de profesionales, con conocimientos y manejo de herramientas de gestión que les posiciona como aliados a la dirección así como a la administración.

También es importante promover la coordinación entre los farmacéuticos que ejercen en los servicios de farmacia de los hospitales, en los centros de atención primaria y las oficinas de farmacia.

En suma, hay por delante una importante y ardua tarea de reorganización asistencial que debería acompañarse a otro proceso paralelo de redistribución y de planificación de recursos humanos.

19. Hay que señalar que el profesorado de carreras sanitarias va a verse inmerso en un considerable número de jubilaciones, lo que habría de tenerse en cuenta para ir adoptando las oportunas medidas.

Entre dichas medidas hay que destacar la importancia que tiene definir los perfiles adecuados de modo que sean los candidatos que reúnan la capacitación y competencia adecuada, con los méritos clínicos, docentes e investigadores acreditados en cada caso, los que ocupen las plazas que queden vacantes en los cuerpos universitarios. La experiencia docente e investigadora acreditada por los candidatos deberá ser lo más próxima a los requerimientos marcados desde los departamentos universitarios, que son lo que deben establecerlos. **Ciertamente, los investigadores hospitalarios están llamados por su especialización a participar igualmente en el proceso docente y su incorporación al profesorado de las carreras sanitarias es altamente deseable para promover la cultura de la investigación y la innovación en las nuevas generaciones de profesionales sanitarios que eventualmente se irán incorporando al SNS.**

El acceso a dichos cuerpos docentes está condicionado a la previa obtención de una acreditación nacional que, valorando los méritos y competencias de los aspirantes, garantice la calidad en la selección del profesorado funcionario.

Las modalidades de contratación que contemplan actualmente la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (LOU) y la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, de Modificación de la Ley Orgánica de Universidades (LOMLOU) son las que se corresponden con las figuras de Ayudante, Profesor Ayudante Doctor, Profesor Contratado Doctor, Profesor Asociado y Profesor Visitante. Hasta mayo de 2013, se contempla la figura de Profesor Colaborador a fin de dar respuesta a necesidades de determinadas titulaciones que presentaban dificultades para englobarlas en las modalidades mencionadas.

Para cada una de estas modalidades, la Agencia de Calidad ha establecido criterios de acreditación que son difíciles de alcanzar para los profesionales que se dedican principalmente al ámbito asistencial.

En consecuencia, sería preciso establecer modalidades docentes nuevas para dar respuesta a esta necesidad y convendría vincularlas a un departamento universitario, estando vinculados los profesionales tanto al hospital como a la universidad.

La prioridad actual del profesorado y de los decanatos de ciencias de la salud, es establecer un marco jurídico global actualizado de conciertos entre consejerías de salud de las Comunidades Autónomas, instituciones sanitarias y universidades, dado que el marco actual ha quedado obsoleto y en algunas Comunidades Autónomas se rige por leyes anteriores a las transferencias.

A diferencia de medicina y enfermería, en psicología, el problema de las jubilaciones del profesorado no es tan inminente, porque su profesorado, en general, es más joven, pero sería conveniente incrementar las plazas vinculadas para impartir docencia en el máster de psicología general sanitaria y los itinerarios de salud del grado en psicología, ya que apenas existen al ser de nueva creación.

28. Carrera y desarrollo profesionales son herramientas indispensables para una moderna gestión de recursos humanos.

De entrada, sería importante que dichos instrumentos sean tenidos en cuenta en el ámbito de la formación en salud pública y no sólo en el asistencial.

También para el profesional con dedicación exclusiva a la investigación biomédica en todas sus facetas, tal como establece la Ley de Investigación Biomédica (Artículo 85).

En todo caso, el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) ha de ser entendido como el proceso mediante el cual un profesional adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes y le permite continuar su ejercicio profesional de forma competente, esto es, con la calidad exigida por la propia profesión, las organizaciones profesionales y el sistema sanitario, pero sobre todo por la sociedad.

El DPC incluye todas las actividades que los médicos llevan a cabo, formal o informalmente, y a diferencia de la Formación Médica Continuada (FMC) que se "hace", el DPC se "suscribe" y representa un compromiso entre el propio profesional y la sociedad.

Es necesario deslindar el concepto de DPC del concepto de carrera profesional (CP).

Este último es un concepto más restringido que el de DPC, concierne a la organización empleadora y supone generalmente algún tipo de contraprestación económica.

La CP es la trayectoria que sigue una persona a lo largo del ejercicio de su profesión en un "contexto laboral" determinado, mejorando su nivel de competencia mediante la experiencia, formación y actividades científicas. **Es necesario desarrollar un modelo de carrera profesional propio para el personal investigador y de apoyo a la investigación, en el que se valoren principalmente los méritos propios de esta actividad.**

La aplicación de este concepto en el desarrollo de la actividad y en el cumplimiento de los objetivos de la organización ha de comportar un reconocimiento y recompensa por parte de la institución para la que trabaja.

Si bien en muchos casos el DPC y la CP siguen caminos paralelos, no es forzoso que sea así. De la misma manera que el concepto de DPC está ligado al individuo, al profesional, el concepto de CP está ligado a la organización o la empresa.

El artículo 39 de la LOPS contempla la *homologación del reconocimiento del desarrollo profesional* y establece las estructuras y los principios que han de permitir mantener la cohesión del sistema de formación de los profesionales de la salud. Para ello se establecerán los principios y criterios para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en todo el Sistema Nacional de Salud.

En todo caso habrá que atenerse a lo dispuesto en los artículos 37 y 38 de la LOPS y 40 y 41 de la LCCSNS.

Interesa en este punto recordar que el artículo 40 dispone que *"el desarrollo profesional constituye un aspecto básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud y debe responder a criterios comunes acordados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en relación con los siguientes ámbitos:*

A) La formación continuada

B) La carrera profesional

C) *La evaluación de competencias*”

Por su parte, el artículo 41 define la carrera profesional como **“el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos en la organización en la cual prestan sus servicios”**, para añadir en su apartado 2º que, **“el Estatuto Marco previsto en el artículo 84 de la LGS, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud, que será desarrollada por las Comunidades Autónomas”**.

Esta previsión legal **ha derivado en la situación indeseable de tener dentro del Sistema Nacional de Salud 17 modelos diferentes de carrera profesional con su correspondiente sistema retributivo.**

En cualquier caso, todo modelo de carrera profesional debería valorar los **méritos profesionales, reconocer la cualificación profesional y constituir un elemento incentivador del personal.** Debería, asimismo estimular y premiar **la dedicación, la formación continuada y la calidad** de los servicios prestados.

Cualquier modelo de carrera profesional debería propiciar el tránsito de un viejo y obsoleto sistema de reconocimiento profesional basado fundamentalmente en la **antigüedad**, hacia un nuevo modelo en el que, **la evaluación de méritos, los resultados y la resolución de los problemas, sean el eje central sobre el que grave la política de personal de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.**

La introducción de un modelo de carrera profesional para el personal del Sistema Nacional de Salud al que le es de aplicación el Estatuto Marco, se enmarca en el objetivo general de obtener una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria, a través de la instrumentación y desarrollo de aspectos fundamentales, como: la consideración de la formación continuada como indicador del esfuerzo individual en la mejora de la calidad técnico-asistencial, la apertura de cauces para una mayor y más efectiva participación de los profesionales en la dirección y gestión de los servicios sanitarios, y la introducción de mecanismos de motivación e incentivación que posibiliten la adecuada orientación de esfuerzo y reconocimiento de los resultados asistenciales obtenidos.

Es por esto que, **la carrera profesional, debería convertirse de hecho, en un sistema de promoción profesional e incentivación individual**, estableciendo unos niveles o categorías claramente diferenciados a los que se acceda por un sistema previamente establecido y consensuado, que recoja los méritos y capacidad demostrada a lo largo de la vida profesional.

La carrera profesional se convierte, por tanto, en un sistema paralelo e independiente de la carrera jerárquica, convirtiéndose en una herramienta imprescindible en el área de los recursos humanos de cualquier institución sanitaria.

Un baremo debería valorar separadamente, de una parte, la actividad asistencial y, de otra, las actividades de dirección-gestión clínica, la docencia, la formación y la investigación.

En el apartado de dirección-gestión, docencia, formación, investigación y desarrollo técnico, serían objeto de valoración las actividades de formación continuada voluntaria, docentes y discentes, teniendo en cuenta, entre otros, los procedimientos de acreditación del Sistema Nacional de Salud. **En el caso**

del personal investigador, los sistemas de selección han funcionado razonablemente bien, mediante concursos externos y evaluaciones del desempeño en el puesto, principalmente cuando se han hecho a través de agencias financiadoras como el Instituto de Salud Carlos III, que ha ejercido un claro liderazgo en este campo. Por tanto, es procedente reconocer estos procedimientos, incorporando de forma estable en las categorías estatutarias correspondientes al personal que supere adecuadamente todas las evaluaciones de los programas Miguel Servet, Ramón y Cajal y otros similares.

También sería preciso establecer procedimientos para reconocer y acreditar la labor que desempeñan las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia de los hospitales en la formación de los futuros farmacéuticos, a través de las prácticas tuteladas.

En el marco de la DPC y la formación continua, debería ser también considerada la docencia y la transmisión del conocimiento a otros profesionales sanitarios, en el baremo de actividades.

Siempre con la perspectiva de mejoras que incidan directamente en la calidad y metodologías asistenciales clínicas, organización y sistemas de trabajo de los centros o servicios, así como las actividades de responsabilidad directiva y de gestión clínica.

Cada profesional sanitario debería tener la responsabilidad de planificar y desarrollar su carrera profesional mediante la autoevaluación. El desarrollo de la carrera profesional habría de fomentarse y sostenerse mediante un **sistema de formación** articulado, unas **estructuras profesionales reconocidas** (~~con~~ niveles clínicos) suficientemente flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial.

Es esencial que los Consejos Generales como órganos reguladores y autoridades competentes, las administraciones y otros órganos, faciliten el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios mediante sistemas articulados de formación y desempeño de la carrera profesional que les brinden oportunidades de pasar de una categoría a otra, o a puestos diferentes.

Para preparar esos sistemas, es necesario identificar un núcleo de competencias: conocimientos, capacidades, actitudes y principios científicos para el ejercicio de cada una de las profesiones sanitarias.

El acervo exclusivo de conocimientos de cada una de las profesiones sanitarias **debería renovarse constantemente** mediante la incorporación de los avances de las ciencias sociales, educativas y de la salud y fomentando la aparición de planteamientos innovadores de la prestación de la atención clínico-sanitaria y los cuidados.

Para convertir en realidad todo su potencial, el desarrollo de la carrera profesional de todos los profesionales sanitarios habría de evolucionar en el contexto del conjunto del sistema de salud y habría de permitir la movilidad profesional individual horizontal y vertical.

La mera antigüedad no puede constituir el único ni siquiera el primordial criterio de valoración.

Conviene recordar que tanto la LOPS como el Estatuto Marco, asignan a las Comunidades Autónomas la competencia para establecer el sistema de carrera como ha quedado expuesto. Aunque, ambas normas legales prevén el establecimiento de principios y criterios generales de homologación de los

sistemas existentes en cada Servicio de Salud, a fin de permitir la libre circulación de profesionales. Principios y criterios generales que, como ya sabemos, corresponde establecer a la Comisión de Recursos Humanos.

Sin perjuicio del papel protagónico de las Comunidades Autónomas en la materia, la movilidad profesional y la cohesión del Sistema Nacional de Salud exige, sin embargo, una cierta homologación de los criterios establecidos para el desarrollo profesional, lo que determina, asimismo, un papel esencial del Estado en este concreto campo para establecer los principios y criterios de dicha homologación que, puede garantizar la libre circulación de profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud. El proceso de consolidación de una carrera profesional había comenzado ya, en las diversas Comunidades Autónomas, a través de normas y acuerdos con los representantes de los trabajadores.

En efecto, desde que en 1992 Navarra se constituyera como la primera Comunidad Autónoma con carrera profesional propia, el resto de Comunidades se han sumado a la iniciativa aunque si bien, en algunas de éstas, aún quedan pendientes determinados aspectos del sistema que podremos analizar más adelante. Los procesos de carrera autonómica se han aprobado de la siguiente forma:

- ANDALUCÍA: Acuerdo de 18 de julio de 2006, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de 16 de mayo de 2006, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal, para el período 2006 a 2008, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional del Servicio Andaluz de Salud.

- ARAGÓN: Orden de 5 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Gobierno de Aragón de 4 de diciembre de 2007, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolos, a los Acuerdos alcanzados en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre carrera profesional, retribuciones, políticas de empleo y tiempos de trabajo, jornada y horario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

- ASTURIAS: Resolución de 14 de febrero de 2007 que aprueba el Acuerdo de 16 de diciembre de 2006 sobre la Carrera y Desarrollo Profesional.

- COMUNIDAD VALENCIANA: Decreto 66/2006, de 12 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad.

- CANARIAS: En el caso canario, nos encontramos con los siguientes cuerpos legales: el Decreto 278/2003, de 13 de noviembre, sobre carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de la Salud, y el Decreto 129/2006, de 26 de septiembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Canario de la Salud.

- CANTABRIA: Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se regulan el sistema de Carrera Profesional y los criterios generales para el Desarrollo Profesional del Personal Estatutario de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

- CASTILLA-LA MANCHA: Decreto 117/2006, de 28 de noviembre, que regula el sistema de Carrera Profesional de Licenciados y Diplomados Sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

- CASTILLA Y LEÓN: Resolución de 22 de diciembre de 2006, de la Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales, por la que se dispone

la inscripción en el Registro Central de Convenios Colectivos de Trabajo, el depósito y la publicación del 58

Acuerdo (de 12 de diciembre 2006) de la Mesa Sectorial del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias públicas sobre la Carrera Profesional del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.

- CATALUÑA: Resolución TIC/2809/2003, de 15 de mayo, por la que se dispone la inscripción y la publicación del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre las condiciones de trabajo del personal de las instituciones sanitarias del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

- CEUTA Y MELILLA: La carrera profesional se encuentra regulada en el Acuerdo de 2007 por el que se define e implanta la Carrera Profesional del Personal Licenciado y Diplomado Sanitario que presta sus servicios en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por el que se establece el Marco de Negociación de la Carrera Profesional para el resto de los Profesionales de los Artículos 6.2,b) y 7 del Estatuto Marco.

- EUSKADI: En este modelo, nos encontramos con: el Decreto 395/2005, de 22 de noviembre, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional A.1. Facultativo médico y técnico del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza –Servicio vasco de salud; el Decreto 35/2007, de 27 de febrero, por el que se regula el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios del grupo profesional B.1. de Osakidetza– Servicio vasco de salud.

- EXTREMADURA: Resolución de 23 de enero de 2006, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la publicación del Acuerdo (de 24 de octubre de 2005) suscrito entre el Servicio Extremeño de Salud y las organizaciones sindicales CEMSATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF y SAE sobre carrera y desarrollo profesional en el Servicio Extremeño de Salud.

- GALICIA: Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia.

- ISLAS BALEARES: Acuerdo del Consejo de Gobierno del día 22 de diciembre de 2006, por el que se ratifica el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad de 3 de julio de 2006, sobre sistema de promoción, desarrollo profesional y carrera profesional del personal dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears.

- LA RIOJA: Acuerdo de 27 de julio de 2006 para el Personal del Servicio Riojano de Salud.

- MADRID: Acuerdo de 25 de enero de 2007, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se aprueba el Acuerdo de 5 de diciembre de 2006 alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad entre la consejería de sanidad y consumo y las organizaciones sindicales presentes en la misma sobre carrera profesional de licenciados sanitarios y diplomados sanitarios.

- MURCIA: Acuerdo de 12 de diciembre 2006 de la Mesa Sectorial de Sanidad por el que se establecen las Bases del sistema de Carrera Profesional para los médicos y otros licenciados sanitarios especialistas y no especialistas, enfermeros y otros diplomados sanitarios, y la promoción profesional para el personal sanitario de los grupos C y D y del personal no sanitario de los grupos A, B, C, D y E del Servicio Murciano de Salud.

- NAVARRA: Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Finalmente, cabe señalar que, junto a estas iniciativas normativas, no faltan algunas de carácter colegial, como la de los dentistas, que han elaborado un

baremo que permita un permanente seguimiento de la formación continua apropiada a veces enmascarada por diplomas y certificados de dudosa virtualidad.

29. Es preciso promover mejoras en los sistemas de selección de recursos humanos.

Dentro del marco normativo vigente y en la medida que éste lo permita, convendría que los procesos de selección estuvieran basados, preferentemente, en la gestión de competencias. **Los criterios de evaluación utilizados por el Instituto de Salud Carlos III para la selección de investigadores hospitalarios estarían justamente en esta línea.**

Para ello sería preciso definir las competencias de los puestos de trabajo de toda la organización y la definición de las competencias en los perfiles de los candidatos.

Sería deseable utilizar una metodología que, en esencia, respondiese a estos dos principios:

1) Principio de eficiencia predictiva, que significa que los instrumentos que se empleen en la selección de personal deberían dar lugar a la mejor clasificación de demandantes (solicitantes) en términos de su posterior desempeño en el trabajo.

2) Principio de cumplimiento de la ley de Igualdad, que significa que los instrumentos utilizados no pueden producir discriminación indirecta entre los grupos sociales.

A la vista del conocimiento científico actualmente disponible a partir de los meta-análisis realizados en España, Europa y Estados Unidos, la selección para el personal del Sistema Nacional de Salud sería aconsejable que incluyera al menos dos pasos y los instrumentos que se mencionan seguidamente (sin perjuicio de que pudieran ser ampliados):

FASE 1. Que incluyese:

- Un test de habilidad cognitiva general (es el mejor predictor del desempeño futuro).
- Un cuestionario de personalidad.
- Un test de conocimientos del puesto o, alternativamente, un test de muestras de trabajo y un cuestionario de *screening* de psicopatología.

FASE 2.

Los candidatos que hubieran superado la fase 1, serían sometidos a una entrevista estructurada de selección de personal, que valorase aspectos no redundantes con las características evaluadas en la fase 1.

El proceso selectivo debería cumplir las normas de buenas prácticas y calidad en la selección de los recursos humanos y, al planificarlo, debería tenerse en cuenta que la mera evaluación de los conocimientos de los candidatos no es suficiente para una adecuada selección, por lo que es imprescindible incorporar sistemas de evaluación de competencias, incluyendo las habilidades de comunicación con los pacientes.

Es conveniente evitar la endogamia y el localismo en la selección, por lo que sería conveniente crear un sistema unificado (por ejemplo, un espacio Web con sistema de alertas) a escala nacional, o al menos autonómica, donde se publiquen todas las ofertas de plazas, incluyendo, cuando sea posible, las interinidades y los contratos de sustitución.

La selección de recursos humanos basada en competencias requiere tener perfectamente definidos los perfiles competenciales. Estos perfiles deberían incluir tanto las competencias específicas acordes con las funciones profesionales, como las competencias genéricas y/o transversales, entre las

que pueden mencionarse las competencias de comunicación, de trabajo en equipo, de autoaprendizaje y de automotivación, entre otras, así como las que estén relacionadas con los objetivos propios de la de la organización.

Además, en la selección de recursos humanos por competencias, es necesario tener presente que deberían demostrarse en un contexto determinado y con los recursos disponibles, y que el profesional debería evidenciar que posee capacidad de innovación y creatividad para crear nuevas competencias, adaptándose a las situaciones que seguramente se plantearán en un contexto cambiante como en que nos encontramos actualmente.

Una vez establecidos y definidos claramente los perfiles competenciales, sería necesario determinar el procedimiento de evaluación y seleccionar el instrumento a utilizar.

Entre la multitud de instrumentos a los que se puede recurrir, es importante elegir aquellos que demuestren mayor fiabilidad y validez, características esenciales de cualquier herramienta de medición, para evidenciar realmente el mérito y por tanto la competencia.

Asimismo, los instrumentos deberían ser homogéneos para garantizar la igualdad de oportunidades, de fácil utilización y a un coste económico y asequible, permitiendo 61

Si la selección de personal está correctamente realizada permitirá la incorporación de efectivos de alto rendimiento y, por sus mismas características, estos efectivos mostrarán un buen aprovechamiento de la formación, unas excelentes posibilidades de promoción y una tasa de rotación que se sitúe en márgenes aceptables para las organizaciones sanitarias.

Una de las características clave de la selección de personal, es la utilización de procedimientos (métodos) evaluativos que permitan la toma de decisión sobre la adecuación de los candidatos al puesto.

Los instrumentos que se podrían emplear en un proceso de selección son innumerables y entre ellos se encuentran: hojas de solicitud, currículums, historiales profesionales, entrevistas no estructuradas, estructuradas, entrevistas conductuales, tests de habilidades cognitivas, tests de habilidades psicomotoras, tests y cuestionarios de personalidad normal, tests de desórdenes de personalidad, simulaciones (dinámicas de grupo, tests "in-basket", juegos de empresa, etc.), *assessment center*, tests de juicio situacional, pruebas de realidad virtual, tests de muestras de trabajo, tests de integridad y honestidad, tests orientados al criterio, referencias.

Que se utilicen unos u otros instrumentos depende fundamentalmente del enfoque o modelo de selección que se está usando en cada organización concreta y de la estrategia de gestión (dirección) que se está utilizando: el modelo de selección tradicional (incluida la versión tradicional del modelo de competencias) o el modelo de selección estratégica.

30. Son muy diferentes las modalidades de incorporación al empleo en el sector sanitario, que en la actualidad se ve afectado, al igual que el conjunto del mercado de trabajo, a importantes tasas de inestabilidad.

La condición de estatutario (que a su vez tiene diversas submodalidades), funcionario o contratado laboral indican la diversidad de condiciones de trabajo y una dificultad añadida en la gestión de los recursos humanos del sistema sanitario.

Ante esta realidad es necesario ofrecer respuestas nuevas a la hora de promover la ordenación jurídica de los recursos del sistema, teniendo en cuenta el proceso de reorganización, colaboración público-privada, de coordinación sociosanitaria y de redimensionamiento de los niveles asistenciales y las exigencias del día a día derivadas de la gestión clínica. Un modelo flexible, pero que ofrezca seguridad tanto a los responsables de la gestión como al personal sanitario, constituye uno de los desafíos más importantes para garantizar un futuro sostenible y de calidad para el sistema sanitario.

En esta línea de política renovadora de la gestión de recursos humanos se inscriben el Real Decreto-Ley 16/2012 y los recientes Acuerdos entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y el SATSE.

De otra parte, en el caso de la contratación laboral, habría que considerar la incidencia de la reciente Reforma Laboral y los incentivos que está promoviendo el Gobierno para la creación y el mantenimiento de empleo, especialmente cuando se trata de empleo sanitario en el sector privado.

La convivencia de situaciones jurídicas diferentes, con ocasión de determinados procesos de externalización en la gestión sanitaria, requerirá también, como se dijo anteriormente, una atención específica.

Hay que tener en cuenta que, en el caso de los profesionales médicos, España es una excepción (junto con los médicos de los hospitales universitarios franceses) en el tipo de relación contractual para el desempeño del ejercicio de la profesión dentro del sector público. Nos encontramos ante un contrato tipo “funcionario” tanto en la Atención Primaria como en hospitales, y una remuneración “salario/capitativa”.

La estabilidad laboral, bastante debilitada como consecuencia de las crisis económicas y de las restricciones presupuestarias, es un valor importante en la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Influye en la continuidad de la asistencia a los pacientes y en el desarrollo de la carrera profesional de los profesionales.

Por ello, se considera como modalidad de referencia la contratación estatutaria con movilidad provincial. Esto no sería óbice para que existan modalidades de contratación más flexibles por un máximo de dos años y con un proceso selectivo de consolidación, como personal fijo estatutario posteriormente. Las condiciones laborales y económicas serían, en principio, iguales. **Es imprescindible, en este contexto, regular la incorporación del personal investigador que desarrolla sus actividades en el SNS y establecer una adecuada carrera profesional, tal como indica la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 en su Artículo 85.**

- Habría que mantener un equilibrio adecuado entre el personal a tiempo completo y el personal a tiempo parcial, dentro de una planificación ordenada de los recursos humanos.

- Asimismo, según se señaló anteriormente, habría que contemplar nuevas fórmulas de incorporación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de nuevas formas de colaboración público – privada.

33. Entre las prioridades de la política de recursos humanos habrían de figurar la modernización de los modelos retributivos y la regulación de las condiciones de trabajo, haciéndolo en consonancia con las exigencias de la gestión clínica.

El modelo retributivo que se aplica actualmente a los profesionales sanitarios se instaura a partir del Estatuto Marco. Delimita unas retribuciones como fijas a cargo del Estado, y otras complementarias a cargo de las Comunidades Autónomas.

Las retribuciones de los médicos en nuestro país están por debajo de la media de los países de nuestro entorno, todo ello en un contexto de recursos limitados, de crisis financiera y de demandas asistenciales crecientes.

En España el salario medio de un médico general / de familia puede alcanzar los 35.000 euros anuales, mientras que el de un médico de otras especialidades se sitúa en torno a los 50.000 euros de media.

En comparación con el salario medio de los médicos europeos, esto supone un 19% menos de media.

Por todo ello, cada vez es mayor el número de profesionales sanitarios que optan por emigrar a otros países donde el panorama sanitario y el clima y la estabilidad laboral les ofrece mejores oportunidades.

El tema retributivo recobra interés en el momento actual en el que prima la preocupación por la sostenibilidad del sistema nacional de salud.

Partiendo de este escenario, se hace preciso abrir un debate sobre la definición de un modelo retributivo para todo el Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta la situación actual del mapa dibujado de nuestro país: 17 sistemas sanitarios, cada uno de ellos con un modelo retributivo distinto, con pocas semejanzas entre unos y otros y que tiende cada vez más a la divergencia.

La consecuencia de todo ello no es otra que un malestar creciente, la desincentivación y la desmotivación de los profesionales sanitarios.

Los compromisos de retribución variable en función de objetivos concretos pactados entre empresas y trabajadores han ganado terreno en los últimos años y parecería razonable ligar también, de una u otra forma, el salario del personal sanitario con su rendimiento y los resultados obtenidos.

La productividad variable, fruto de objetivos, debería asociarse también a la evaluación del desempeño y, al mismo tiempo, a la participación en los beneficios del ahorro que se produzca de las buenas prácticas. El objetivo debería ser que todos los profesionales sepan en qué **deben contribuir a conseguir los resultados de la organización** y generar una atención más satisfactoria y sostenible.

El capítulo de las retribuciones del personal sanitario presenta una importante complejidad. Las causas son muy diversas, pero, entre ellas, hay que destacar la multiplicidad y la superposición de normas. Unas tienen rango legal y provienen del Estado, en tanto que otras han sido aprobadas por parlamentos y administraciones autonómicas.

También son muchos y de muy diferente calado los acuerdos entre las administraciones autonómicas y las organizaciones sindicales.

Además, sobre las normas sectoriales sanitarias se superponen las respectivas Leyes anuales de Presupuestos, que establecen criterios y porcentajes de incremento de obligado cumplimiento.

Pero si todo esto es cierto, no lo es menos que el intento de poner orden en este agitado océano es bastante reciente.

En su momento, la LGS no dio pautas útiles para "gobernar" un tema tan sensible como las retribuciones, de modo que la descoordinación quedó "servida" durante varias décadas.

Fueron la LOPS y el Estatuto Marco los que en 2003 pretendieron reencauzar la situación a partir de planteamientos nuevos.

En efecto, las retribuciones pasaron a vincularse de modo intenso a la idea de carrera profesional, de suerte que el modelo salarial quedó muy condicionado por elementos y circunstancias susceptibles de evaluación por grados o niveles y de cuantificaciones periódicas. **Del mismo modo, las retribuciones del personal investigador deben establecerse de acuerdo con una carrera profesional bien estructurada.**

La formación, la asistencia y su calidad, la gestión clínica, la investigación y la docencia pasaron a tener gran relevancia, lo que permitió buscar una regulación salarial que respondiera a razones más técnicas y objetivas, haciendo más previsibles y justas las decisiones en materia retributiva.

Todos estos temas y otros conexos han sido abordados en mesas de negociación distintas por lo que no sorprende que también distintos sean los modelos retributivos de los servicios autonómicos de salud.

A todo ello hay que añadir que el vínculo entre estos servicios y el personal sanitario es muy variado. Junto al personal estatutario, se sitúan los funcionarios y los laborales regidos por el Estatuto de los Trabajadores, que tanto ha cambiado tras la reciente Ley de julio pasado (reforma laboral), de medidas urgentes del mercado de trabajo.

En cuanto a condiciones salariales y laborales, cabe registrar algunas situaciones especiales, en tránsito, como la de los APD y médicos de zona y cupo y la de los Mestos.

Respecto de los médicos APD y de zona y cupo, su situación jurídica actual, teniendo en cuenta el Real Decreto Ley 16/2012, habría de finalizar en diciembre del 2013, pero, dadas las circunstancias que concurren en aquéllos, parece necesario, y así figura en los recientes Acuerdos del Ministerio de Sanidad con el Foro de la Profesión Médica, Consejo General de Enfermería y SATSE, que dicha situación se resuelva en base a criterios de flexibilidad y con un horizonte temporal suficientemente amplio.

En todo caso, el Real Decreto Ley 16/2012 pretende recuperar el tiempo perdido desde la aprobación de la LOPS y del Estatuto Marco e insta a la definición de una retribución básica común y a promover un modelo más convergente que el actual.

También insta a los Servicios de Salud a evaluar el desempeño a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, **mérito y capacidad según competencias**, con objetividad y transparencia.

Por ello, todo apunta a que la Comisión de Recursos Humanos y la Mesa Sectorial tendrán ante sí un arduo trabajo.

34. La promoción profesional es un potente factor de motivación, aunque está poco presente en la práctica clínica el SNS.

Lo cierto que el ejercicio de la práctica asistencial sanitaria carece en la actualidad de un sistema de promoción dentro del propio lugar de trabajo para obtener una mejora tanto de las condiciones retributivas como de reconocimiento o categoría profesional. La única opción ha sido, hasta ahora, optar a cargos directivos.

Es preciso, por tanto, **diseñar un sistema de incentivación y promoción que reconozca tanto la competencia profesional en las tareas asistenciales o investigadoras como el cumplimiento de los objetivos de la institución en la cual presta sus servicios.**

Esta necesidad se vería por los propios gestores como un mecanismo de incentivación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, mientras que los propios profesionales verían así reconocido su esfuerzo y dedicación en su ámbito asistencial.

De aquí la conveniencia de **establecer un sistema de promoción y desarrollo profesional basado fundamentalmente en las tareas asistenciales, aunque también se tengan en cuenta otros aspectos relacionados con su trabajo diario, como la docencia o la investigación clínica. Para aquellos profesionales sanitarios que sean investigadores hospitalarios, se deberán tener en cuenta los aspectos objetivos de investigación e innovación relacionados directamente con su función, tal como son evaluados en la actualidad por el Instituto de Salud Carlos III.**

De especial importancia, es la figura del tutor de residentes, que debería ser reconocida y reforzada.

37. La formación de grado y de postgrado para todas las profesiones sanitarias es una exigencia para la calidad asistencial y uno de los pilares básicos del ejercicio profesional.

En el caso del médico, la formación especializada ha supuesto uno de los hechos más notables que han contribuido, de manera indiscutible, a lograr las altas cotas de calidad que hoy tiene el Sistema Nacional de Salud. La formación de postgrado del médico en España, se realiza a través de un sistema reglado, uniforme y basado en una acreditación continua conocida coloquialmente como “Sistema MIR“. Desde hace más de 30 años, su prestigio está internacionalmente reconocido y, a día de hoy, es uno de los pocos en Europa con una única regulación, tanto en el acceso como en el propio programa formativo o en el seguimiento de su cumplimiento.

De otra parte, la profesión médica ha vivido con intensidad un proceso de especialización, que se ha traducido en:

- Un número elevado de especialidades en medicina (medio centenar) en continuo aumento, sin parangón en el resto de profesiones universitarias.
- La exigencia de seguir un procedimiento reglado para adquirir la condición de especialista.

Por su parte, en la actualidad los estudios de enfermería han quedado establecidos con un grado de 4 años y como novedad, respecto de los anteriores programas formativos, contemplan las competencias en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios.

Nos encontramos, pues, ante un título que incorpora nuevas competencias y ello hace necesario que se facilite a todos los enfermeros el nuevo título de grado en enfermería.

De otro lado, los estudios de posgrado, han cobrado interés entre los profesionales de enfermería y, por tanto, se deberían poner en marcha másteres de tipo profesionalizante que permitan la adquisición de competencias en materias como la gestión.

En cuanto al doctorado, los enfermeros, hasta la aprobación de la nueva normativa en materia de ordenación de las enseñanzas universitarias, tenían limitado su acceso, a este tercer nivel académico. Por ello, ahora, habría que promocionar los correspondientes estudios con el fin de que los enfermeros puedan alcanzar el grado de doctor y así participar plenamente de las actividades investigadoras. De igual forma, se hace preciso que los programas de doctorado contemplan todas las fórmulas de acceso y con especial atención a los ya especialistas, tal y como recoge la normativa vigente (*Artículo 6 del Real Decreto 99/2011*).

~~Otra cuestión a tener en cuenta es que en la actualidad no existe una política activa para conseguir que los profesionales sanitarios sean de excelencia científica.~~ **El Instituto de Salud Carlos III promueve activamente la incorporación de personal científico al SNS, lo que a la larga permitirá una investigación de alto nivel en los centros sanitarios españoles, tal como muestra el reciente “Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica e Innovación 2013-2016”.**

~~La incorporación de personal científico de estas características permitiría que la investigación clínica en los centros sanitarios españoles tuviese un alto nivel.~~

~~Hay que registrar, no obstante, como hecho positivo en la buena dirección el reciente “Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica e Innovación 2013-2016”.~~

En todo caso, estas acciones deberían ser definidas y coordinadas por el Instituto de Salud Carlos III.

Por lo que se refiere al **título de farmacéutico** -ya sea de licenciado o de graduado-, hay que señalar que habilita para una amplia variedad de modalidades en el ejercicio profesional, de modo que las autoridades sanitarias y educativas deberían asegurar que se mantengan y refuercen las actuales competencias de los farmacéuticos que implanta la Orden CIN/2137/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de farmacéutico.

Además, el título de grado en farmacia se debería transformar en máster integrado, ya que la formación actual comprende 300 créditos. De esta manera los farmacéuticos españoles serían competitivos con compañeros del resto de Europa, que ya comienzan a disponer de la citada titulación y con profesiones reguladas que ya disponen del máster.

A tal efecto ya se ha iniciado la tramitación del proyecto de Real Decreto por el que se establece el marco español de cualificaciones para la educación superior (MECES) y la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales para adscribir determinados títulos universitarios de grado al nivel de (máster) del MECES que contempla la posibilidad de que los titulados con el Grado de Farmacia, tengan a la vez el título de Máster.

Además de lo anterior, es deseable sistematizar la formación de postgrado de los farmacéuticos determinando las modalidades que requerirán una formación especializada, de las que deberán establecerse un mínimo de acreditación de la actividad correspondiente a través de la expedición del título correspondiente.

En **Odontología** no existe formación especializada oficial, aunque existe una *especialización de facto* a través de:

Estudios de postgrado no reglados, como los títulos (propios u otros títulos) de universidades, caracterizados por:

- Precios elevados.
 - Criterios de acceso diversos.
 - Externalización de la formación a centros sanitarios sobre cuya posibilidad de acreditación penden razonables reservas de objetividad.
- Másteres oficiales, en los que la normativa reguladora permite supeditar el acceso a algún título propio previo (de lo que se deriva un riesgo de inequidad por inasequibilidad)

Convendría crear especialidades.

Es evidente, de otra parte, que se debería exigir el título que habilita como psicólogo general sanitario para poder acceder a la especialización en psicología clínica.

Se debería regular el grado en psicología ya que es un requisito para el acceso a profesiones sanitarias, dando cumplimiento a lo previsto en el punto 3 de la Disposición Adicional Séptima de la Ley de Salud Pública.

Sería necesaria la reducción el número de plazas ofertadas por las universidades en los grados en psicología acreditados por la ANECA en Ciencias de la Salud (requisito para acceder a la especialidad de psicología clínica y al máster en psicología general sanitaria) e incrementar el nivel de experimentalidad de estos títulos universitarios.

A modo de resumen, cabría decir que es preciso:

- **Diseñar planes de estudios basados en competencias con la identificación del perfil o de los correspondientes perfiles profesionales, con competencias comunes a la gran mayoría de titulaciones en Ciencias de la Salud y con otras competencias específicas propias de la titulación.**
- **Atenerse a la normativa específica que regula los niveles académicos de grado, máster y doctorado (Real Decreto 1393/2007) y acordar con la Universidad que en los planes de estudios de las diferentes profesiones sanitarias se incorporen las nuevas competencias que habiliten para el ejercicio de la profesión.**
- **Poner en marcha másteres de tipo “profesionalizante” que permitan la adquisición de competencias en diferentes materias y que no podrán coincidir con los planes de formación de las especialidades.**
- **Ordenar todos aquellos estudios de postgrado no reglados, como los títulos (propios u otros títulos) de Universidades.**
- **Promocionar los estudios de doctorado en todas las profesiones sanitarias y poder participar en todas las actividades investigadoras.**
- **Identificar ~~Identificar~~ Continuar una política activa para conseguir que los profesionales sanitarios sean de excelencia científica, incentivando la incorporación de personal científico al SNS que permitirá que la investigación clínica en los centros sanitarios tenga un alto nivel.**

43. El Registro Estatal de Profesionales es una herramienta indispensable para la política de recursos humanos y para la planificación a medio y largo plazo. Debe incluir a todos los profesionales sanitarios que llevan a cabo la investigación hospitalaria, además de aquéllos implicados en tareas asistenciales y de gestión.

Los Acuerdos de 30 de julio de 2013 con el Foro de la Profesión Médica, el Consejo General de Enfermería y SATSE, han permitido dar la configuración definitiva a este Registro.

Sus características básicas serán las siguientes:

“ El desarrollo reglamentario previsto del Registro Estatal de profesionales sanitarios se acomodará a las finalidades establecidas en el Real Decreto Ley 16/2012 (planificación de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y coordinación de las políticas de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud) y respetará los fines y funciones que correspondan legalmente a los Consejos Generales de las profesiones sanitarias.

- *El Registro Estatal coordinará la información contenida en otros Registros, conforme a los procedimientos de incorporación de datos que se establezcan al efecto.*
- *La normativa reglamentaria que se apruebe se atenderá a lo establecido en la Directiva 2011/24/UE (asistencia transfronteriza) y en las demás Directivas aplicables, teniendo en cuenta lo dispuesto en ella sobre el carácter de autoridad competente de los Consejos Generales de Médicos y de Enfermeros.*
- *La relación de los mencionados Consejos Generales con el Registro Estatal se regirá por los principios de máxima y leal cooperación y colaboración institucional.*
- *A estos efectos se garantizará la accesibilidad recíproca a los datos, de modo que pueda darse cumplimiento al mandato del artículo 5.1 de la LOPS y a lo dispuesto en la LOPD.*
- *En el desarrollo reglamentario del Real Decreto Ley 16/2012 se determinarán las características y el contenido básico de los Registros de los citados Consejos Generales. Se establecerá que, entre los contenidos de los Registros de los Consejos Generales figure la información relativa a la habilitación inicial para el ejercicio de la profesión, así como para el mantenimiento de la competencia a lo largo de la vida profesional, y su certificación conforme al artículo 8.3 de la LOPS. También se incorporará aquella información que corresponda de conformidad con la Directiva 2005/36/UE, en especial la que sea precisa a efectos de la tarjeta profesional europea.*
- *La incorporación de datos en el Registro Estatal tendrá carácter y efectos informativos y se acomodará a lo previsto en la LOPD.*
- *Para cumplimentar sus datos, tanto el Registro Estatal como los Registros de los Consejo Generales podrán recabar aquella información que sea necesaria para el cumplimiento de sus fines respectivos, vía telemática.*

- *La información sobre cobertura de responsabilidad civil comprenderá tanto al sector público como al privado.*
- *Se regulará la responsabilidad por el mantenimiento de las bases de datos correspondientes a los diferentes Registros, así como por veracidad y la comunicación de aquellos, de conformidad con la LOPD. Anualmente se elaborará un informe sobre el funcionamiento del Registro Estatal, con propuestas, en su caso, para su mejora.”*

Así pues, el desarrollo reglamentario supondrá una importante mejora para la planificación y gestión de los recursos humanos, garantizando al propio tiempo la coordinación y colaboración de las organizaciones colegiales sanitarias.