

La profesionalización de la Salud Pública y el título de especialista

Andreu Segura

Profesor de la Universitat de Barcelona

La SP es uno de los componentes del sistema sanitario que acostumbra a merecer más ditirambos por parte de los responsables de las políticas de salud, de las administraciones sanitarias e, incluso, de los médicos. Sin embargo, la importancia de la SP en el conjunto del Sistema Nacional de Salud es, en la práctica cotidiana, marginal o excepcionalmente coyuntural.

Sólo cuando se producen situaciones de crisis, lo cual por fortuna ocurre esporádicamente, el sistema sanitario recuerda que existen los servicios de SP. Pero la proporción del gasto sanitario público que se destina a la SP es del orden del 0,7% según un estudio en curso del autor.

El extraordinario crecimiento del componente asistencial del sistema sanitario, como consecuencia de la práctica universalización del derecho a la atención médica y la efectiva influencia de los diversos grupos de intereses que se agrupan en torno a la práctica clínica, legitimada

por las expectativas del progreso científico, explican buena parte de este desequilibrio en la distribución de los recursos sanitarios públicos.

Una de esas influencias tiene que ver con la existencia de corporaciones profesionales que defienden los intereses de los clínicos. Sin embargo, no existe una corporación profesional equivalente en el ámbito de la SP. Ni disponemos de un colegio de salubristas, ni las sociedades científicas que nos agrupan son equivalentes a las de la mayoría de las especialidades médicas. Probablemente porque la SP no es exclusivamente médica, pero también porque muchos de los médicos que trabajan en los distintos ámbitos de la SP no se reconocen particularmente como tales.

Por ello la posibilidad de acceder a la titulación de especialista de muchos de los profesionales que efectivamente se dedican a la SP debe ser contemplada como una oportunidad de desarrollar la profesión. Lo cual comporta ampliar nuestra

hasta ahora escasa capacidad de influencia en el sistema sanitario.

Pero para que exista una profesión y se comporte como tal se requiere un cierto "monopolio" del ejercicio laboral. Lo que convierte en distinto y necesario a sus profesionales, de manera que lo que hacen se valora por la sociedad y, además, no lo pueden hacer otros¹.

Hasta ahora el ejercicio profesional de la SP, en los casos en los que se reconoce formalmente como tal, se ha limitado básicamente a los ámbitos de la administración y de la academia. Así, se pueden encontrar lugares de trabajo tipificados como plazas de funcionarios de epidemiología, de sanidad nacional o incluso de la inspección, a los que su acceso regular se produce mediante oposiciones en cuyos temarios los conocimientos específicos de SP son nucleares.

Tanto la administración central, como las autonómicas y las locales configuran el mercado laboral más importante, en términos cuantitativos, para los profesionales de la SP.

La universidad y los centros de investigación suponen otro ámbito de ejercicio profesional de la SP. Constituyen, hasta el momento, un reducido sector como consecuencia del poco desarrollo que ha experimentado la SP en estos campos. En estos casos el acceso a las plazas está suje-

to a una estricta regulación formal y, además, a la influencia corporativa académica.

El ejercicio de la profesión, en el caso de los médicos, tiene también un ámbito asistencial, que se circunscribe en la práctica a los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales. El sector minoritario de la profesión si atendemos al número de servicios existentes y a la oferta de lugares de trabajo. Sin embargo, se trata de la única porción del mercado laboral de la SP para la que resulta imprescindible el título oficial de especialista.

La competencia profesional en SP se ha venido adquiriendo de muy distintas formas. Las distintas modalidades de acceso al trabajo han tenido, en la mayoría de los casos, como elemento común el demostrar los conocimientos y habilidades que exigen las convocatorias de plazas. En algunos casos se ha considerado la formación postgraduada regular, según se haya obtenido en el país o en el extranjero. El desempeño de las tareas encomendadas ha podido contribuir a la mayor parte de la competencia profesional.

En el caso de la titulación oficial de especialista, el supuesto de la competencia profesional se basa, desde 1984, en el programa de la especialidad. Un programa que ha conocido tres versiones desde entonces. El acceso al programa oficial se restringe desde entonces a la vía común

de acceso a las especialidades médicas, el sistema MIR.

Como ocurre con cualquiera de las especialidades médicas la competencia profesional no es objeto de acreditación o de certificación periódica, de la misma manera que pasa con los funcionarios. Aunque en el ámbito de la universidad se ha instaurado el procedimiento, tímido y parcial, de los períodos de investigación. También los profesionales contratados laboralmente de forma temporal podrían ser objeto de acreditación formal al expirar los períodos anteriores, aunque sea más frecuente que la situación se prorrogue de forma automática y, por ello, que la evaluación resulte implícita.

En este contexto, la oposición de algunos sectores al decreto que regula el acceso único y extraordinario al título de especialista, sobre todo las sociedades científicas que agrupan a buena parte de los profesionales hospitalarios, algunos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública –unos que han accedido por la vía MIR pero bastantes que no lo han hecho– y parte de los MIR que están en período de formación, refleja, en mi opinión, una reacción fundamentalmente corporativista.

Hasta ahora, al menos, los argumentos de quienes se oponen a la posibilidad de que los médicos que se reconocen como

profesionales de SP puedan acceder al título oficial se basan en el supuesto de que tales profesionales no son realmente competentes porque no han seguido el programa oficial de la especialidad y porque no han accedido al sistema MIR mediante la superación de las pruebas correspondientes. Además se quejan de que tanto los requisitos de acceso como las pruebas de acreditación de la competencia profesional previstas en el decreto puedan resultar un “coladero”.

La única prueba objetiva de obligada superación por parte de los especialistas que han accedido por la vía MIR ha sido el examen inicial. Una prueba general para todos los médicos que, en ningún caso puede ser esgrimida, siquiera, como contraste de los conocimientos teóricos de la SP ni de la Medicina Preventiva, por razones obvias.

En ausencia de una evaluación externa de la competencia profesional de los especialistas formados por el sistema MIR, cabe considerar las características formales de los programas oficiales. El primero de ellos, data de 1979 y apenas describe las principales áreas de la formación. Sin embargo, menciona la existencia de una prueba final que, por lo que sabemos, no se ha llevado nunca a la práctica.

El segundo, aprobado el 15 de julio de 1986, introduce la obligación de un curso

de doce meses con casi dos mil horas lectivas. El segundo año se debe cumplir en un servicio de medicina preventiva hospitalario y el tercero en los centros y servicios comunitarios. En la definición y ámbito de la especialidad se menciona literalmente que "aun considerando que la Medicina Preventiva en el Hospital es una parcela limitada en las actividades de la Especialidad, sin embargo, es necesario reconocer las oportunidades que el Hospital como vértice de la asistencia sanitaria ofrece en sus aspectos multidisciplinarios a la formación del especialista, ya que en el ámbito del Hospital se desenvuelve una comunidad completa y han de resolverse problemas no solo específicos y estrictos de la higiene y Medicina Preventiva intrahospitalarias, sino que en él inciden problemas de medio ambiente, de saneamiento y, a la vez, de gestión de recursos y documentación para una adecuada formación higiénica, epidemiológica, médico-preventiva y de educación sanitaria". La extensión de la cita se justifica al reflejar la gran influencia de los sectores hospitalarios de la especialidad.

La tercera versión del programa es la que está vigente desde 1986 y supone, al menos sobre el papel, un notable cambio. No sólo porque la duración se amplía a cuatro años, respetando las directivas europeas, sino porque introduce como

una de las principales áreas la de la planificación, administración y gestión de servicios sanitarios y, todavía más importante, porque modifica los períodos de actividad práctica, de manera que se reducen los períodos de permanencia en los servicios asistenciales y se potencia la experiencia en las administraciones sanitarias, incluyendo los servicios de salud ambiental, aunque de forma tímida (tres meses).

En teoría, pues, el último programa oficial, obedece mejor a lo que se supone debe ser la profesión de los médicos de SP. Sin embargo, el desarrollo de las nuevas unidades docentes implícitamente previstas en el programa no se ha producido, probablemente debido a que la dependencia económica de los residentes sigue siendo hospitalaria y ello comporta, inevitablemente, un predominio hospitalario que se contradice con el ámbito natural del ejercicio profesional de la especialidad.

De otro lado, la autonomía de las unidades docentes conduce a una variabilidad muy elevada, seguramente mayor que la que se produce en los cometidos que se llevan a cabo en los órganos de las administraciones sanitarias que emplean el mayor número de profesionales de SP en la actualidad.

Por todo ello, valorar que los especialistas MIR tienen un grado de competencia

profesional más elevado que el de quienes llevan trabajando muchos años en el ámbito de la SP no es más que un prejuicio o si se prefiere una hipótesis de trabajo que debería contrastarse empíricamente.

Precisamente en el preámbulo del programa oficial vigente de la especialidad se reconoce esta extraña situación: "(...) la realidad social se ha adelantado a la propia implantación normada de la especialidad, siendo así que hoy nos encontramos con un grupo de profesionales que vienen desarrollando las funciones de la especialidad (...) en los aspectos de dirección de servicios, inspección, control ambiental y vigilancia epidemiológica, tanto en la administración pública como en centros privados. Todos ellos han accedido a sus puestos de trabajo con procesos de formación diversos, sin que (les) haya sido posible acreditar una formación específica y reglada en el terreno de la Medicina Preventiva y Salud Pública, habiendo pasado, en su mayoría por oposiciones o concurso-oposición".

El argumento restante, que el procedimiento sea un "coladero" es, en el mejor de los casos, un apriorismo. Expresa, sin embargo, el temor a que la especialidad pueda crecer en número y ampliar considerablemente el espectro de los especialistas. Lo que, naturalmente, redundará en una pérdida potencial de influencia de los

servicios hospitalarios de Medicina Preventiva. ¿Pero es eso negativo para el desarrollo de la SP en España? ¿O sería más bien una racionalización de la situación? Porque lo que tiene poco sentido es que los profesionales que se dedican a la medicina preventiva hospitalaria –con independencia de lo que signifique en el contexto de los servicios sanitarios asistenciales, lo cual, a pesar de su interés es otra cuestión– disfruten de una posición de privilegio en el conjunto profesional.

Por otra parte, ¿cuál es el grado de satisfacción de los residentes con su formación y con las expectativas profesionales que tienen en la actualidad? No parece que disfruten de una situación envidiable. Por ello resulta aparentemente extraño que sean los MIR quienes hayan protagonizado los mayores enfrentamientos con los MESTOS. ¿No será que han sido utilizados como fuerza de choque desde los hospitales?

Es comprensible que quienes han pasado por el trance de un examen general para acceder a una plaza de formación en el sistema MIR y han padecido, además, las vicisitudes propias de un período de formación en el que, en condiciones a menudo precarias, han tenido que poner mucho de su parte para conseguir una formación adecuada –algunos incluso con el único resultado tangible del título

oficial, puesto que no todos han tenido acceso a las plazas de trabajo que ofrecen los servicios de MP hospitalaria— no vean con buenos ojos que esta titulación pueda conseguirse sin tanto quebranto. Es decir, a partir de un ejercicio profesional remunerado como tal y con la consideración laboral y social que corresponde a un médico en activo. Es comprensible, pero no parece suficiente como argumento para justificar la exclusión de estos profesionales a optar por un reconocimiento que incluso la comisión de la especialidad que redactó el programa vigente les reconoce.

No hay que olvidar, tampoco, que al menos una parte de los profesionales a los que se les permite solicitar la titulación, rechazaron explícitamente la vía MIR como procedimiento de profesionalización, porque por lo menos hasta 1996 esta vía no les parecía la más adecuada para adquirir una competencia idónea para el ejercicio profesional como salubristas.

En cualquier caso, es de la máxima importancia que el procedimiento sea escrupulosamente riguroso, pero en relación con la competencia profesional y no a criterios burocráticos o administrativos. Por eso resulta positiva la iniciativa de la Sociedad Española de Epidemiología, mediante la constitución de una comisión

formada por profesionales en distintas situaciones administrativas (especialistas por la vía MIR, otros especialistas —según la normativa de 1984— y profesionales no especialistas) con el propósito de facilitar a los órganos respectivos encargados de seleccionar a los candidatos y proceder a su evaluación, unos criterios útiles para la valoración de la competencia profesional que garanticen que la evaluación de la competencia se lleva a cabo de forma seria. Criterios que han sido publicados en el último SEE nota⁽¹⁾,². En este sentido, también conviene citar la aportación de Rosa Gispert y Josep Roma³.

La evaluación adecuada de la competencia profesional es un requisito exigible no sólo en esta circunstancia. En efecto, podría aprovecharse la oportunidad para proponer la introducción de un procedimiento periódico que sirviera para acreditar que los profesionales mantienen el grado de competencia necesario para llevar a cabo su trabajo. Una acreditación periódica que podría materializarse desde la Comisión de la especialidad, con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales interesadas, a la manera que ya lo plantean otras especialidades, como la Medicina familiar y comunitaria.

⁽¹⁾ La composición de la comisión de la SEE es la siguiente: Fernando G. Benavides [presidente] Jesús Castilla; Itziar Larizgoitia; Andreu Segura y Berta Uriel.

De todos modos, esta iniciativa, que a muchos nos parece necesaria, no es en modo alguno suficiente para conseguir una auténtica profesionalización de la SP, porque la profesión debería acoger a todas aquellas personas que son competentes en el ejercicio de la SP, con independencia de su procedencia académica⁴,

lo cual incrementaría mucho más las posibilidades reales de influencia de la SP en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, de forma que los ciudadanos se puedan beneficiar, efectivamente, de la protección y la promoción de la salud que, en definitiva, es lo que se espera de las intervenciones de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oriol Bosch A. Competencias, funciones y actividades. En Segura A, Benavides FG (eds) Competencias profesionales en Salud Pública. Hospitalet: ISP, 2000: 25-29. Puede consultarse una versión más amplia en Oriol Bosch A. Reflexions sobre el professionalisme. <http://www.iesalut.es>.

2. Benavides FG. Información sobre el proceso de acceso excepcional al título de médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. S.E.E. nota, 2000; 19: 8-9. Puede consultarse también en <http://www.cesga.es/SEE/>.

3. Gispert R, Roma J. La evaluación de la competencia de los profesionales en el ámbito de la Salud Pública. En Segura A, Benavides FG (eds) Competencias profesionales en Salud Pública. Hospitalet: ISP, 2000: 38-45.

4. Alvarez-Dardet Díaz C. La Salud Pública, el estado y la medicina: ¿amistades peligrosas? En Segura A, Benavides FG (eds) Competencias profesionales en Salud Pública. Hospitalet: ISP, 2000: 32-37.

