

Regulación de la profesión médica

Regulation of the medical profession

Regulació de la professió mèdica

Junio 2015



Fundación
Educación Médica

Regulación de la profesión médica

Regulation of the medical profession

Regulació de la professió mèdica

Autores

Arcadi Gual Sala
Maria Nolla Domenjó



Discusores críticos y Coordinadores de sección

Jerónimo Fernández Torrente
Amando Martín Zurro
Joan Monés Xiol
Albert Oriol Bosch
Jordi Palés Argullós
Luis Pallarés Neila
Felipe Rodríguez de Castro
Lucas de Toca Zavala
Joan Viñas Salas



Fundación
Educación Médica



© 2015, Fundación Educación Médica

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España (CC BY-NC-ND 3.0 ES)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Portada: **El Prof. Gregorio Marañón con sus discípulos en una sesión clínica.**

Fotografía que aparece en el libro Gregorio Marañón el regreso del humanismo, cedida amablemente por el autor del libro, Dr. Juan Francisco Jiménez Borreguero.

Diseño gráfico: Ombra Torrada

Depósito Legal: C-1371-2015

ISBN: 978-84-608-1290-6

PVP: 20 €

Prólogo	7
----------------	---

Presentación

Felipe Rodríguez de Castro, Presidente de SEDEM	10
Carlos Macaya, Presidente de FACME	14
Juan José Rodríguez Sendín, Presidente de OMC	16

Resumen ejecutivo

Executive summary / Resum executiu	21
------------------------------------	----

Propuestas de actuación

Proposals for action / Propostes d'actuació	51
---	----

La regulación de la profesión médica

1. Introducción	64
2. Regulación de las profesiones. Marco Teórico	71
2.1. ¿Por qué es necesaria?	74
2.2. ¿Cuándo se puede y se debe regular?	78
2.3. ¿Quién puede y quién debe hacerlo?	82
2.4. ¿Cómo se regula? ¿Con qué procesos o instrumentos se puede y debe regular?	94
3. Regulación de la profesión médica en diferentes países	105
4. Regulación profesional en España	120
4.1. Marco legal	120
4.2. Homologación y Reconocimiento de títulos en medicina	131
4.3. Actores y su marco de acción	132
4.4. Demandas y expectativas sociales	136

Anexos

I. Glosario de términos sobre la regulación de la profesión médica	136
II. Boletines Europa al día del CGCOM referentes a la Directiva 2005/36/CE	144



Prólogo

Arcadi Gual Sala

Maria Nolla Domenjó





Participantes en el encuentro “Regulación de la Profesión Médica: ¿una función compartida?”, celebrado el 20 de setiembre de 2013 en el marco de la XXIV Escuela de Salud Pública de Menorca.

Detrás de pie: Amo, Isabel; Viñas, Joan; Segura, Andreu; Oriol-Bosch, Albert; Net, Alvar; Pérez, Rosa María; Gutiérrez, Ricard; Palés, Jordi; García Barbero, Mila; Nolla, Maria; Otero, Antonio; y Ris, Helena. **Delante:** Castrodeza, Javier; Gual, Arcadi; Bataller, Adriana; Millán, Jesús; de Teresa, Javier; Macaya, Carlos; y Rigual, Ricardo.



La Fundación Educación Médica (FEM) tiene entre sus fines la difusión de las nuevas tendencias así como la posible aprobación de las mismas en nuestro país. No es la primera vez que la FEM se interesa por los procesos de certificación y recertificación de los médicos con ejercicio profesional como lo prueba la imagen de la página anterior en la Escuela de Salud Pública de Menorca del año 2013 donde la FEM junto a la SEDEM patrocinaron un Encuentro sobre este proceso.

A raíz de dicho encuentro, y estimulados por el mismo, los autores del presente trabajo contrastaron, depuraron y focalizaron su visión sobre la Recertificación de los médicos con una visión práctica de aplicabilidad al entorno estructural y sociológico de nuestro país. El trabajo está plagado de referencias que hacen difícil su lectura pero que se han considerado útiles para su consulta y necesarias para la comprensión global de la obra. Por el contrario, y para facilitar y hacer al texto legible, incluso nos atreveríamos a decir que hacerlo ameno, se ha redactado un Resumen ejecutivo y unas Propuestas de actuación muy fáciles de leer y muy esquemáticas no exentas de un componente provocativo. Nos atrevemos a sugerir al lector interesado que el contenido real del trabajo no está exactamente en el Resumen ejecutivo y que antes de discrepar o aplaudir lo que dicho resumen refiere se debería contrastar el texto completo del trabajo.

La recertificación de los médicos es una cuestión compleja en la que participan numerosos actores: políticos y representantes de la administración sanitaria, los colegios de médicos y, por supuesto, las sociedades científico-médicas. Pero siendo todos es-



tos actores necesarios y con participación relevante, ninguno de ellos es fundamental. Cuando hablamos de recertificación hay dos protagonistas: el médico y el paciente y, por extensión, la profesión médica y la ciudadanía.

Todos ustedes, médicos o no, conocen la importancia de la relación médico-paciente. Esta relación es un contrato no escrito, un contrato tácito, pero real al fin y al cabo. Pues bien, la recertificación de los médicos no es otra cosa que una credencial de un contrato paralelo al del médico-paciente y que también es tácito: el contrato entre la profesión médica y la ciudadanía. Mantener saludables ambos contratos está en manos tanto de los responsables de la profesión médica como de las administraciones sanitarias y el instrumento que permite garantizar la transparencia y calidad de dicho contrato no es otro que la credencial que garantice la competencia de los profesionales: la recertificación profesional.

Una vez más aspiramos a generar discusión. Nos gustaría más que nos llamaran agitadores que académicos ilustrados. Aspiramos a que en un futuro próximo la recertificación de los médicos en nuestro país sea un índice de calidad más de nuestro sistema sanitario.

Arcadi Gual Sala
Maria Nolla Domenjó



Presentación

Felipe Rodríguez de Castro. Presidente de SEDEM

Carlos Macaya. Presidente de FACME

Juan José Rodríguez Sendín. Presidente del CGCOM





Felipe Rodríguez de Castro

Presidente de SEDEM

Una profesión está regulada cuando el acceso a la misma y su ejercicio están sujetos a la posesión de una determinada cualificación profesional sancionada por el Estado. Pero, a mi juicio, lo que hace de la Medicina una profesión no es tanto la sanción legislativa otorgada por un gobierno como el esfuerzo continuado de los médicos por mantener actualizado un ideario que se sustenta en la primacía del bienestar del paciente, la autonomía de éste y el principio de justicia social. Dicho de otra forma: el desempeño y, muy especialmente, la responsabilidad social de los médicos se encuadran en un sistema de valores que es propio de las profesiones. En cualquier caso, no podemos soslayar el hecho de que la atención sanitaria es un elemento clave en el llamado *Estado del Bienestar*, -que tanto ha costado construir y que estos días nos muestra su fragilidad- y, por consiguiente, las relaciones de la profesión médica con la Administración son peculiares y no exentas de tensiones.



Efectivamente, la imperfección del mercado sanitario, en el que la oferta de servicios médicos es oligopolística y la demanda de asistencia sanitaria está inducida parcialmente por la oferta; la fuerte tendencia al exceso de equipamiento técnico y la existencia de incentivos a la sobremedicación, como consecuencia de situaciones de monopolio farmacéutico y de defectos organizativos; las inducciones de demanda determinadas por la escasa información de calidad con la que cuentan los pacientes o las cesiones de soberanía que realizan en el proceso de toma de decisiones; o el carácter especializado del conocimiento del médico, que le sitúa como agente de dos principales: los pacientes y la propia Administración, son la fuente de alguna de las tensiones a las que hacía referencia. Precisamente, la dependencia de más de un principal, junto a la difícil medición de los resultados de los servicios médicos, favorecen un trasvase de autoridad real (derecho efectivo de decisión y control) desde quienes ostentan la autoridad formal hacia los médicos. No es, pues, extraño que la profesión médica se haya convertido en una de las más reguladas en todo el mundo, independientemente del grado de implicación del Estado en la provisión de la asistencia sanitaria.

Con los sistemas de regulación de la profesión médica se pretende no sólo proteger a los ciudadanos frente a ocasionales atropellos o incompetencias de los médicos, sino facilitar un ejercicio profesional en libertad y en condiciones adecuadas. Este último objetivo es una de las bases que justifican la autorregulación y que tiene su fundamento en la confianza y en el compromiso de los médicos con la población, con los colegas y con la Administración. Para que esta autorregulación sea socialmente acepta-



ble se debe huir de la tentación corporativista y de la tendencia a actuar aisladamente de otras profesiones sanitarias. Además, es imprescindible diseñar estrategias de formación, adaptadas a los estándares internacionales, que estimulen el aprendizaje continuo de los profesionales a lo largo de su vida. Sólo así se podrá garantizar razonablemente el esfuerzo de los médicos por combatir el imparable adelanto de la fecha de caducidad de sus conocimientos y destrezas, y su compromiso con la atención de sus pacientes de forma efectiva. Asegurar la calidad permanente de la formación de nuestros médicos requiere, entre otras cosas, que los procesos de evaluación-acreditación se lleven a cabo con periodicidad e introduciendo con regularidad mejoras en el sistema. Es evidente que los responsables de garantizar a la ciudadanía la calidad del acto médico son diversos y cambiantes a lo largo del continuo educativo. Las sociedades científicas pueden desempeñar, aquí, un papel relevante con el impulso de iniciativas encaminadas a garantizar la competencia profesional de sus miembros y facilitar su mantenimiento y, como no podía ser menos, la Sociedad Española de Educación Médica, empeñada en conseguir la mejor formación de los profesionales de las ciencias de la salud en todas las etapas de su continuo educativo, ha de tener un papel destacado.

La responsabilidad social es dinámica y debe reflejar la evolución de las inquietudes sociales, circunstanciales y económicas. En el contexto actual, no sólo de crisis económica y de recortes drásticos, sino de cambios epidemiológicos, demográficos, culturales, organizativos, tecnológicos y, especialmente, de paradigma en el modelo tradicional de profesión médica, se hace necesaria una



reflexión sobre la regulación de la profesión médica que rediseñe el contrato social existente entre el médico y el paciente. La profesión en su conjunto debe tomar la iniciativa, sin esperar posibles normativas y regulaciones, y liderar este proceso de cambio que, en todo caso, ha de encaminarse a alcanzar mayores niveles de exigencia ética y profesional. Una autorregulación seria, transparente y comprometida constituye el elemento clave para seguir mereciendo el estatus de legitimidad social que sustenta en la actualidad nuestra profesión. Sólo así se podrá evitar lo que algunos han denominado la progresiva “proletarización” de la profesión médica y el control absoluto de la Administración en su regulación.

La Fundación Educación Médica (FEM), atenta a los cambios en el sector sanitario, sensible a todas las cuestiones relacionadas con la formación y el ejercicio de la Medicina y consciente del riesgo de fractura en el contrato ciudadanía/profesión médica, promovió el encuentro sobre regulación de la Profesión Médica en la Escuela de Salud Pública de Menorca en 2013. Con esta iniciativa, -que han eludido las universidades, las instituciones sanitarias, los colegios profesionales, las sociedades científicas y academias y las administraciones sanitarias-, la FEM vuelve a comprometerse en la reflexión sobre el contrato social de la profesión médica y a recordarnos sus cláusulas. Nunca más oportuno.





Carlos Macaya
Presidente de FACME

Para comprender la necesidad de regular una profesión como la del médico, no hay más que evaluar las implicaciones que tiene su desempeño en un elemento tan importante para la sociedad como es la salud.

Las Sociedades Científicas dedicamos un gran esfuerzo a trabajar por la formación continuada de los profesionales, para mejorar su capacitación y actualización en su área de trabajo, en aras de mejorar la asistencia a los pacientes, la calidad y la seguridad, y la eficiencia en los recursos empleados. Para llevar a cabo esta misión, las Sociedades trabajan conjuntamente con todos los agentes involucrados en ella, desde el ámbito docente de la Universidad, la formación de los residentes, para asegurar el continuo formativo incluso una vez adquirida la especialización.

No obstante, la dotación de un marco jurídico que regule las necesidades mínimas que debe tener el médico, garantiza por un lado al usuario-paciente la capacitación de los facultativos que



están involucrados en su proceso asistencial, y por otro lado, facilita a las distintas instituciones y organismos, entre los que nos encontramos las Sociedades Científicas, la definición de los objetivos y actuaciones que debemos emprender para que nuestros profesionales aúnen todos los requisitos que las Administraciones establezcan, con el respaldo social correspondiente.

En este sentido, las Sociedades Científicas cuentan con el conocimiento necesario de los requerimientos que el diagnóstico, tratamiento y prevención de las distintas enfermedades precisan y por tanto, entendemos que podemos aportar valor en el establecimiento de los estándares que nuestros profesionales deben alcanzar, no sólo en el ámbito asistencial, sino también en lo referente a la comunicación con el paciente y con el resto de profesionales involucrados. No debemos olvidar que la atención sanitaria no se plantea como una actuación aislada del médico, sino que cada consulta o procedimiento forma parte de un proceso global para mejorar el estado de salud de la población, y está enmarcado en un sistema sanitario en el que todos debemos velar por la correcta utilización de los recursos disponibles.

Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer en nombre de las Sociedades Científicas de FACME en primer lugar, la iniciativa que la Fundación Educación Médica ha impulsado para recoger en este documento la necesidad y actuaciones precisas para la regulación de la profesión médica; y por otro lado, la invitación a FACME como representante de la mayoría de las Sociedades Científicas para participar activamente en la elaboración de dicho documento.



Juan José Rodríguez Sendín

Presidente del CGCOM

Me solicitan presentar este trabajo, *Regulación de la profesión médica en España*, por considerar sus autores que la Organización Médica Colegial (OMC) tiene claros intereses en el proceso de la certificación y recertificación de los médicos lo que, efectivamente, creo que es así. Sin embargo, la oportunidad que se me brinda de dejarme escribir estas líneas no la utilizaré loando las opiniones de sus autores ni siquiera para defender que las Organizaciones Colegiales son protagonistas de la regulación de los médicos.

Me limitaré a destacar dos cuestiones que me parecen relevantes en momentos en los que los valores sociales pueden calificarse, cuando menos, de tensionados. La primera cuestión que quiero enfatizar es la necesidad de que todas las actuaciones de los médicos y de sus organizaciones han de regirse por la transparencia frente a la ciudadanía. La otra cuestión es que, indepen-



dientemente de quién por ley regule a los médicos, la profesión médica es responsable de velar por la competencia profesional de todos los médicos asistenciales colegiados, y por ello las organizaciones profesionales están obligadas a facilitar los medios necesarios para que ello sea así. Las Corporaciones profesionales no pueden renunciar a ninguno de estos dos componentes: transparencia y excelencia en el acto médico.

No me aterra decir que las corporaciones profesionales han sido señaladas como defensoras de corporativismo médico. Ni siquiera considero necesario defender a los colegios de dicha presunción ya que, aunque fuera cierta que no lo es, lo que es realmente necesario es que la confianza del paciente en el médico y en la profesión médica se mantenga inquebrantable. Sometidos a una estructura globalizada como es nuestro entorno, estamos obligados a trabajar con tesón en pro de la transparencia si se pretende que la confianza médico-paciente no se ponga en duda en ninguno de los frentes, el político, el de la administración o, por supuesto, el de la ciudadanía.

La idea de que la licenciatura o el grado en medicina autoriza a un médico a ejercer el resto de su vida ya no se sostiene. Esto es debido a los numerosos y rápidos avances en la ciencia médica y también, en parte, a los cambios sociológicos y a las demandas de la sociedad. Pero seamos francos, no es un desmérito decir que nuestras competencias, mentales y manuales, no pueden mantenerse indefinidamente en el tiempo, como necesariamente así ocurrirá en unos antes y en otros después. Reconocerlo pues, es un acto más de servicio a la ciudadanía.





Miremos donde miremos el mundo desarrollado camina hacia algún tipo de recertificación de los médicos. Los procesos son muy variados, unos muy costosos, otros largos y tediosos, otros no especialmente eficaces. No hay ningún modelo perfecto. Por ello no debemos pararnos a esperar que aparezca la recertificación perfecta para los médicos. Lo que hay que hacer es caminar, proponer acciones, innovar y sacar conclusiones y ponderarlas con los actores, y si es necesario corregir el rumbo también. Habrá que estar atentos a las demandas de la ciudadanía y compatibilizarlas con los intereses de los actores implicados.

Mantener la reputación y la estima es más difícil que alcanzarlas. Especialmente cuando no hablamos de la reputación de un médico sino del colectivo, de la profesión. El resbalón de un solo médico puede hacer caer a todo el colectivo. Nuestra obligación no es encontrar al médico malo; nuestra responsabilidad es doble, defender al paciente y ayudar al médico a que retome su competencia.

En la vertiente clínica el médico conoce que gestionar la incertidumbre está en el sueldo y que la toma de decisiones clínicas genera cada día situaciones difíciles. Pues bien, tampoco quisiera soslayar otra vertiente difícil que han de gestionar los médicos como son los conflictos de intereses. Mantener actitudes altruistas en una sociedad competitiva y consumista en la que vivimos, tener siempre presente que el bien del paciente ha de privar a nuestros propios intereses no es cuestión fácil. ¿Cómo van a resistir nuestros profesionales si les dejamos solos, si no les ayudamos desde los colegios y las sociedades científicas? Desde



nuestras organizaciones profesionales la regulación profesional no está pensada para pescar al garbanzo malo, está para marcar el buen camino y facilitar que los médicos puedan transitarlo con facilidad.

La agitación social es una responsabilidad de los intelectuales y la *Fundación Educación Médica* nos ha mostrado en repetidas ocasiones su voluntad de reflexionar y hacernos reflexionar sobre cuestiones que afectan al no fácil mundo sanitario. No pediré al lector que esté de acuerdo con las tesis que presentan los autores en este trabajo ya que, en mi opinión, no pretenden adhesiones. Estoy seguro que su intención se dirige a remover la conciencia de todos los actores implicados. Y en este sentido entiendo que es difícil que los responsables de la regulación profesional no se sientan, en un modo u otro, interpelados por este documento. Si lo han conseguido, me felicito a la vez que les agradezco su actitud hacia nuestra profesión y el excelente trabajo realizado.





Executive
Summary

Resum
Executiu



Resumen Ejecutivo





It is interesting to note the existence of the constant conflicts that arise in the field of professional regulation in our country (Spain).

These conflicts are basically derived from the progressive interest of autonomic governments to embrace ever wider areas of regulation and the resistance of the professional bodies to cede their traditional authority.

All this occurs, it is fair to say, in a context whereby the former tends to blur the boundaries between their roles as regulators and employers whilst the latter suffers from the consequences of a traditional apathy to effectively exercise the auto-regulatory responsibilities with which they were entrusted and which now they stand to lose.

Helios Pardell

Helios Pardell. 2009. Sobre la regulaci3n de la profesi3n m3dica. Situaci3n actual y perspectivas de futuro en Espa1a. Medicina Cl3nica, 132 (1): 18-23.

És d'interès assenyalar l'existència de conflictes constants en l'àmbit de la regulaci3 professional al nostre pa3s. Aquests conflictes deriven, bàsicament, de l'interès progressiu dels governs autonòmics per abastar àrees cada vegada més àmplies de les diferents parcel·les de regulaci3 i la resistència dels col·legis a cedir les seves competències tradicionals. Tot aix3 passa, val a dir-ho, en un context en què els primers solen confondre els límits entre els seus papers com a agents reguladors i com a ocupadors, i els segons pateixen les conseqüències de la seva abúlia tradicional per exercir efectivament les responsabilitats d'autoregulaci3 que tenien encomanades i que ara es resisteixen a perdre.

Helios Pardell

Helios Pardell. 2009. Sobre la regulaci3n de la profesi3n m3dica. Situaci3n actual y perspectivas de futuro en Espa1a. Medicina Cl3nica, 132 (1): 18-23.



Es de interés señalar la existencia de conflictos constantes en el ámbito de la regulación profesional en nuestro país. Dichos conflictos derivan, básicamente, del interés progresivo de los gobiernos autonómicos por abarcar áreas cada vez más amplias de las distintas parcelas de regulación y la resistencia de los colegios a ceder sus competencias tradicionales. Todo ello ocurre, justo es decirlo, en un contexto en el que los primeros suelen confundir los límites entre sus papeles como agentes reguladores y como empleadores, y los segundos padecen las consecuencias de su abulia tradicional para ejercer efectivamente las responsabilidades de autorregulación que tenían encomendadas y que ahora se resisten a perder.

Helios Pardell

Helios Pardell. 2009. Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro en España. *Medicina Clínica*, 132 (1): 18-23.





- 1 It is said that a **profession is regulated when** the access to and **the practice of are subject to** the possession of a specific **professional qualification**.
- 2 **We cannot speak of a profession if**, apart from the required specific academic knowledge at a high level of complexity, **there is no code of ethics, a spirit of service, participation in professional regulation and recognition from the general public** that confers a social status on the profession.
- 3 The **doctor and patient**, in the same way as the medical profession and the public, **enter into a tacit agreement, a form of social contract**. One party provides people with healthcare with a guaranteed ethical commitment and competence. In return, the other party awards a social status to the medical profession and provides the capacity to participate in professional regulation. As in every contract, the responsibilities of each party are established in such a way that each item corresponds to its fair value without giving rise to privileges.
- 4 **The social changes** in the last decades **have put the social contract between the medical profession and the public at risk of rupture**. Anglo-Saxon countries, particularly the United States, Canada and the United Kingdom, conscious of this risk, have developed strategies to redraw

- 1 Es diu que **una professió està regulada quan** l'accés i l'exercici estan **subjectes a** la possessió d'**una qualificació professional** específica.
- 2 **No podem parlar de professió si** a més d'un coneixement específic d'alt nivell de complexitat (universitari), **no hi ha codi ètic, esperit de servei, participació en la regulació professional i reconeixement de la ciutadania** que confereix un estatus social a la professió.
- 3 **Entre el metge i el pacient**, igual que entre la professió mèdica i la ciutadania, **s'estableix un acord tàcit, un contracte social**. Una de les parts proporciona atenció a la salut de les persones amb compromís ètic i competència garantida i, en contrapartida, l'altra part atorga a la professió mèdica estatus social i capacitat de participar en la seva regulació professional. Com en tot contracte s'estableixen contrapartides de manera que a cada be li correspon el seu preu just sense donar lloc a privilegis.
- 4 **Els canvis socials** de les últimes dècades **posen en risc de ruptura el contracte social** entre la professió mèdica i la ciutadania. Els països anglosaxons, especialment Estats Units, Canadà i el Regne Unit, conscients d'aquest risc, han desenvolupat estratègies per tornar a formular aquest contracte i han impulsat el desenvolupament de el "**Professionalisme mèdic**".



- 1 Se dice que **una profesión está regulada cuando** el acceso y **el ejercicio están sujetos a** la posesión de **una cualificación profesional** específica.
- 2 **No podemos hablar de *profesión* si** además de un conocimiento específico de alto nivel de complejidad (universitario), **no hay código ético, espíritu de servicio, participación en la regulación profesional y reconocimiento de la ciudadanía** que confiere un estatus social a la profesión.
- 3 **Entre el médico y el paciente**, al igual que entre la profesión médica y la ciudadanía, **se establece un acuerdo tácito, un contrato social**. Una de las partes proporciona atención a la salud de las personas con compromiso ético y competencia garantizada y, en contrapartida, la otra parte otorga a la profesión médica estatus social y capacidad de participar en su regulación profesional. Como en todo contrato se establecen contrapartidas de modo que a cada bien le corresponde su justiprecio sin dar lugar a privilegios.
- 4 **Los cambios sociales** de las últimas décadas **ponen en riesgo de ruptura el contrato social** entre la profesión médica y la ciudadanía. Los países anglosajones, en especial Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, conscientes de este riesgo, han desarrollado estrategias





this contract and have promoted the development of “*Medical Professionalism*”. **We use this term to refer to the sum of the values, conducts and relationships that sustain the confidence of the public in the medical profession.**

- 5 The declaration known as the *Physician Charter*¹, published in 2002, represents an updated version of the *Hippocratic Oath* for 21st century doctors. **It defines the rights and responsibilities of the parties to the social contract between doctor and patient, and between the medical profession and the public.**
- 6 In light of the spectacular changes in the structures of society that are affecting the medical profession, **it is absolutely necessary to redefine the relationship between patients and their doctors, and between the public and the medical profession.** This should be done with no other interest apart from agreeing the new “rules of the game” or, if one prefers, the clauses of the contract.
- 7 **The principal aim of the regulators and thus the processes that implement**

Amb aquest anglicisme ens referim al **conjunt de valors, conductes i relacions que sustenten la confiança de la societat en la professió mèdica.**

- 5 La declaració coneguda com *Physician charter*¹, publicada en el 2002, representa per als metges del segle XXI la versió actualitzada del Jurament Hipocràtic; **delimita drets i deures de les parts del contracte social entre el metge i el pacient i entre la professió i la ciutadania.**
- 6 Davant els espectaculars canvis de les estructures socials que afecten a la professió mèdica **és absolutament necessari redefinir la relació entre els pacients i els seus metges i entre la ciutadania i la professió mèdica**, sense un altre interès que el d’acordar les regles del joc o, si es prefereix, les clàusules del contracte.
- 7 **El propòsit principal dels reguladors i per tant dels processos que persegueix la regulació mèdica és el de protegir a la ciutadania.** Per això, l’objectiu no és només **assegurar** que la medicina es practiqui per persones que tinguin la *credencial de metge* sinó que a més disposin d’una se-

1 The Medical Profession in the New Millennium: Statutes for the regulation of medical practise. A project of the ABIM Foundation (American Board for Internal Medicine), the ACP-ASIM Foundation (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) and FEMI (European Federation of Internal Medicine). Med. Clin. (Barc) 2002; 118 (18): 704-706.

1 La profesión Médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Un proyecto de Fundación ABIM (American Board for Internal Medicine), la Fundación ACP-ASIM (American College of Physicians-American Society of Internal Medicina) y la FEMI (Federación Europea de Medicina Interna). Med Clin (Barc) 2002; 118 (18): 704-706.



para reformular este contrato y han impulsado el desarrollo del “**Profesionalismo médico**”. Con este anglicismo nos referimos al **conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de la sociedad en la profesión médica**.

- 5 La declaración conocida como *Physician charter*¹, publicada en el 2002, representa para los médicos del siglo XXI la versión actualizada del Juramento Hipocrático; **delimita derechos y deberes de las partes del contrato social entre el médico y el paciente y entre la profesión y la ciudadanía**.
- 6 Ante los espectaculares cambios de las estructuras sociales que afectan a la profesión médica **es absolutamente necesario redefinir la relación entre los pacientes y sus médicos y entre la ciudadanía y la profesión médica**, sin otro interés que el de acordar las reglas del juego o, si se prefiere, las cláusulas del contrato.
- 7 **El propósito principal de** los reguladores y por tanto de los procesos que persigue **la regulación médica**

1 La profesión Médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Un proyecto de Fundación ABIM (American Board for Internal Medicine), la Fundación ACP-ASIM (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) y la FEMI (Federación Europea de Medicina Interna). Med Clin (Barc) 2002; 118 (18): 704-706.



medical regulation is to protect the public. Therefore, the objective is not only to assure that medicine is practised by people that have the *medical credential* but that they are also in possession of **a second credential² that certifies their professional competence and its maintenance over time.** As a consequence, a doctor who possesses these credentials acquires the support of the profession to practise professionally.

- 8 From the point of view of economic theory **there are three reasons that justify the necessity of regulating** the professions in general and the medical profession in particular, i) **the asymmetry in medical knowledge** (a moral hazard, leaving the citizen unable to select the best option, arises from information asymmetry), ii) **the public interest in health** (as health “has no price”, the citizen is predisposed to pay whatever is asked even though the price is greater than the real value), and iii) **the interest of the private or corporate sectors** (private or corporate interests require regulation for the capture, that is, the possibility that professional groups influence legislation for their own benefit by the collusion of two or more

gona credencial² que certifiqui la competència professional i el manteniment de la mateixa al llarg del temps. Com a conseqüència, el metge que posseeix aquestes credencials adquireix l'aval de la professió per a l'exercici professional.

- 8 Des del punt de vista de la teoria econòmica **hi ha tres raons que justifiquen la necessitat de regular** les professions en general i la professió mèdica en particular, i) **la asimetria del coneixement** mèdic (la informació asimètrica origina un risc moral al ciutadà en deixar-ho indefens per triar la millor opció), ii) **l'interès públic** de la salut (com la salut “no té preu” el ciutadà està disposat a pagar el que se li demani encara que el preu estigui per sobre del seu valor real), i iii) **l'interès privat o corporatiu** (l'interès privat o corporatiu requereix regulació tant per la *captura*, això és, la possibilitat que grups professionals influenciïn lleis que els beneficiïn com per la *col·lusió*, això és, que dues o més professionals o empreses del sector pactin condicions que els beneficiïn pels serveis sanitaris que prestin)³.

2 The *second credential* can adopt different forms [Colligation, Licence, Certification, etc.] and can even be encompassed, totally or partially, in the medical credential itself. Furthermore, this *second credential* has a temporary validity that should be renewed periodically [recollegiation, relicensing, recertification, etc.].

2 El format d'aquesta *segona credencial* pot adoptar diferents modalitats [col·legiació, llicència, certificació, etc.] i fins i tot pot estar englobada, total o parcialment, en la pròpia credencial de metge. A més, aquesta *segona credencial* té una vigència temporal pel que ha de renovar-se periòdicament [recol·legiació, rellicència, recertificació, etc.].

3 Posner, R. A., 1974, Theories of Economic Regulation, Bell Journal of Economics and Management Science 5, 335-358.



es el de proteger a la ciudadanía. Por ello, el objetivo no es sólo **asegurar** que la medicina se practique por personas que tengan la *credencial de médico* sino que además dispongan de **una segunda credencial² que certifique la competencia profesional y el mantenimiento de la misma a lo largo del tiempo.** Como consecuencia, el médico que posee dichas credenciales adquiere el aval de la profesión para el ejercicio profesional.

- 8 Desde el punto de vista de la teoría económica **hay tres razones que justifican la necesidad de regular** las profesiones en general y la profesión médica en particular, i) **la asimetría del conocimiento** médico (la información asimétrica origina un riesgo moral al ciudadano al dejarlo indefenso para elegir la mejor opción), ii) **el interés público** de la salud (como la salud “no tiene precio” el ciudadano está dispuesto a pagar lo que se le pida aún que el precio esté por encima de su valor real), y iii) **el interés privado o corporativo** (el interés privado o corporativo requiere regulación tanto por la *captura*, esto es, la posibilidad de que grupos profesionales influyeran leyes que les beneficien como

2 El formato de esta *segunda credencial* puede adoptar diferentes modalidades (colegiación, licencia, certificación, etc.) e incluso puede estar englobada, total o parcialmente, en la propia credencial de médico. Además, esta *segunda credencial* tiene una vigencia temporal por lo que debe renovarse periódicamente (recolegiación, relicencia, recertificación, etc.).



professionals or businesses in the sector to agree beneficial conditions for the health services they provide³.)

- 9 **The regulatory processes of the medical profession** are applied at the start of professional activity, *entry regulation*, and over the duration of professional activity, *periodic regulation*. Periodic regulation is understood as any process with a systematic format and done on a regular basis that permits a doctor to obtain a credential that certifies they are current in their knowledge, competent or licensed to practise medicine. The universalization of this credential assures the public that currently practising doctors meet the requirements and standards established by the medical profession but also provides the doctor with a guarantee against any legal action that their skills are updated and validated according to previously defined standards and supervised by a body with recognised authority in the profession.
- 10 **The ability to regulate the medical profession can lie fully, partially or jointly with three bodies:** i) the medical profession itself exercising what is known as auto-regulation, ii) the government through different administrative agencies

- 9 Els **processos de regulació de la professió mèdica** s'apliquen, a l'inici de l'activitat professional, *regulació d'entrada*, i al llarg de l'activitat professional, *regulació periòdica*. Per regulació periòdica s'entén qualsevol procés que de forma sistematitzada i amb caràcter regular permeti al metge obtenir una credencial que certifiqui la seva actualització, competència o llicència per a la pràctica de la medicina. La universalització d'aquesta credencial assegura a la ciutadania que els metges en actiu compleixen els requisits o estàndards establerts per la pròpia professió, però a més ofereixen al metge la garantia, enfront de qualsevol demanda, que les seves competències estan actualitzades i contrastades segons estàndards definits prèviament i supervisades per una instància amb autoritat reconeguda per la professió.
- 10 **La capacitat de regular la professió mèdica pot recaure total, parcialment, o conjuntament en tres instàncies:** i) la professió mèdica exercint el que es coneix com a autoregulació, ii) el govern a través de diferents organismes de l'administració i iii) terceres parts entre les quals s'inclouen l'ocupador (públic⁴ o privat) i el poder judicial.

3 Posner, R. A., 1974, Theories of Economic Regulation, Bell Journal of Economics and management Science 5, 335-358.

4 Ha de tenir-se present que l'ocupador públic no és un altre que la pròpia administració; podria donar-se el cas que l'administració utilitzés dues claus per regular, la pròpia del regulador i la clau espúria del proveïdor.



por la *colusión*, esto es, que dos o más profesionales o empresas del sector pacten condiciones que les beneficien por los servicios sanitarios que presten)³.

- 9 Los **procesos de regulación de la profesión médica** se aplican, al inicio de la actividad profesional, *regulación de entrada*, y a lo largo de la actividad profesional, *regulación periódica*. Por regulación periódica se entiende cualquier proceso que de forma sistematizada y con carácter regular permita al médico obtener una credencial que certifique su actualización, competencia o licencia para la práctica de la medicina. La universalización de esta credencial asegura a la ciudadanía que los médicos en activo cumplen los requisitos o estándares establecidos por la propia profesión, pero además ofrecen al médico la garantía, frente a cualquier demanda, de que sus competencias están actualizadas y contrastadas según estándares definidos previamente y supervisadas por una instancia con autoridad reconocida por la profesión.

- 10 **La capacidad de regular la profesión médica puede recaer total, parcialmente, o conjuntamente en tres instancias:** i) la profesión médica ejerciendo lo que se conoce como autorregulación, ii) el gobierno a través

³ Posner, R. A., 1974, Theories of Economic Regulation, Bell Journal of Economics and Management Science 5, 335-358.



and iii) third parties, which include the employer (public⁴ or private) and the judiciary.

- 11 In our social organisation, a parliamentary democracy, **the government should work to address the demands of the public among whom health has emerged as an essential priority.** It is thus not possible to take away from the government their *potestas*⁵ to regulate the medical profession.
- 12 **The medical profession is the only party with the necessary capacity and knowledge to evaluate the *Credence goods*⁶ associated with healthcare.** Put another way, the consumer (patient) deposits all of their confidence in the doctor they go to see without being able to ascertain for themselves the utility of the goods provided. The medical profession,

- 11 En la nostra organització social, democràcia parlamentària, **el govern ha de treballar en pro de les demandes de la ciutadania entre les quals la salut ha emergit com un component essencial.** No és doncs possible sostreure al govern la seva *potestas*⁵ en la regulació de la professió mèdica.
- 12 **La professió mèdica és l'únic actor que disposa de la capacitat i el coneixement necessaris per valorar els *Béns de confiança*⁶ (*Credence goods*) propis de la salut,** això és, aquells béns en els quals el consumidor diposita tota la seva confiança en l'acció del professional (metge) al que ha acudit. Però la professió mèdica, en actuar com a regulador, ha de procedir amb la transparència necessària de manera que exclou qualsevol ombra de captura o col·lúsió. Qualitat i confiança són valors substancials dels serveis professionals, i en particular de l'acte mèdic, que queden garantits quan la regulació professional l'exerceix la professió amb les garanties i transparència necessàries. No és possible

4 It should be borne in mind that the employer in the public sector is none other than the administration itself; this could give rise to a situation where the administration regulates in two guises, that of the regulator itself, and, spuriously, that of service provider.

5 In Ancient Roman Law, those powers recognised by society were understood by *potestas*. The holder of the *potestas*, in the modern sense of the word, is the body that has the legal capacity to enforce their decision. This concept contrasts with the socially recognised *auctoritas* or socially recognized *know*.

6 *Credence goods* refer to goods where it is very difficult or impossible for the consumer to ascertain their quality before, during or after consumption. These types of goods are characteristically offered by professional services and the provision of healthcare is a paradigm for this type of service.

5 En Dret romà s'entén per *potestas* el poder socialment reconegut. Ostenta la *potestas* aquella autoritat, en el sentit modern de la paraula, que té capacitat legal per fer complir la seva decisió. El concepte es contraposa al *auctoritas* o *saber* socialment reconegut.

6 Béns de confiança o *Credence goods*: són béns on és molt difícil que el consumidor comprovi el nivell de qualitat que li han proporcionat tant *ex-ante* o durant la prestació del servei, com a *ex-post* i responen a les característiques dels serveis professionals l'exemple paradigmàtic dels quals són els serveis sanitaris.



de diferentes organismos de la administración y iii) terceras partes entre las que se incluyen el empleador (público⁴ o privado) y el poder judicial.

- 11 En nuestra organización social, democracia parlamentaria, **el gobierno debe trabajar en pro de las demandas de la ciudadanía entre las que la salud ha emergido como un componente esencial.** No es pues posible sustraer al gobierno su *potestas*⁵ en la regulación de la profesión médica.
- 12 **La profesión médica es el único actor que dispone de la capacidad y el conocimiento necesarios para valorar los *Bienes de confianza (Credence goods)*⁶ propios de la salud,** esto es, aquellos bienes en los que el consumidor deposita toda su confianza en la acción del profesional (médico) al que ha acudido. Pero la profesión médica, al actuar como regulador, debe proceder con la transparencia necesaria de forma que excluya cualquier sombra de captura o colusión. Calidad y con-

4 Debe tenerse presente que el empleador público no es otro que la propia administración; podría darse el caso de que la administración utilizara dos llaves para regular, la propia del regulador y la llave espuria del proveedor.

5 En Derecho romano se entiende por *potestas* el poder socialmente reconocido. Ostenta la *potestas* aquella autoridad, en el sentido moderno de la palabra, que tiene capacidad legal para hacer cumplir su decisión. El concepto se contrapone al *auctoritas* o *saber* socialmente reconocido.

6 Bienes de confianza o *Credence goods*: son bienes donde es muy difícil que el consumidor compruebe el nivel de calidad que le han proporcionado tanto ex-ante o durante la prestación del servicio, como *ex-post* y responden a las características de los servicios profesionales cuyo ejemplo paradigmático son los servicios sanitarios.



acting as a regulator should proceed with the necessary transparency to avoid the suspicion of any capture or collusion. The values of quality and trust, which are so important in professional services, particularly in the medical profession, are in safe hands when the regulation is exercised by the profession with the necessary guarantees and transparency. It is therefore impossible to take away the *autoritas*⁷ of the medical profession to regulate itself.

- 13 Given that *potestas* and *auctoritas* lie with different actors, the form of regulation of the medical profession should be considered as co-regulation or **a shared regulation between the government and the profession**. The synergy between the two partners should permit the development of a more nuanced regulation with one final objective: to assure the public of the best care possible at every moment and in every location.
- 14 The judicial system should not be considered as a type of regulation to use although on occasions it can be a route of regulation for third parties.

7 In Ancient Roman Law the holder of the *auctoritas* were those persons or institutions with the moral capacity to emit an informed opinion regarding a particular decision. Although this decision is not legally binding and can not be imposed, it is worth very strong moral character. The term is actually untranslatable, and the English word "authority" is just a shadow of the true meaning of the Latin word. This concept contrasts with the socially recognised *potestas* or socially recognized *power*.

doncs sostreure a la professió la seva *auctoritas*⁷ en la regulació de la professió mèdica.

- 13 Atès que *potestas* i *auctoritas* recauen en actors diferents ha de considerar-se com a forma de regulació de la professió mèdica la co-regulació o **regulació compartida, això és, la regulació coparticipada entre el govern i la professió**. La sinergia entre aquestes dues instàncies en la regulació mèdica ha de permetre desenvolupar matisos de major riquesa amb un objectiu final únic: assegurar a la ciutadania la millor atenció possible en cada lloc i cada moment.
- 14 La via judicial no ha de considerar-se com un tipus de regulació a l'ús encara que en ocasions sigui una via de regulació per tercers. **La intervenció judicial ha de preocupar** no només a les parts en litigi sinó **als responsables institucionals principals de la regulació** (professió/administració), ja que pot posar en evidència que els seus mecanismes reguladors no han estat efectius.
- 15 **L'ocupador**, en decidir que tipus de personal necessita per cobrir les seves necessitats, **condiciona**, de forma explícita

7 En Dret romà ostenta la *auctoritas* aquella personalitat o institució, que té capacitat moral per emetre una opinió qualificada sobre una decisió. Si be aquesta decisió no és vinculant legalment, ni pot ser imposada, té un valor d'indole moral molt forta. El terme és en realitat intradueïble, i la paraula catalana "autoritat" amb prou feines és una ombra del veritable significat de la paraula llatina. El concepte es contraposa al de *potestas* o *poder* socialment reconegut.



fianza son valores sustanciales de los servicios profesionales, y en particular del acto médico, que quedan a recaudo cuando la regulación profesional la ejerce la profesión con las garantías y transparencia necesarias. No es posible pues sustraer a la profesión su *auctoritas*⁷ en la regulación de la profesión médica.

- 13 Dado que *potestas* y *auctoritas* recaen en actores diferentes debe considerarse como forma de regulación de la profesión médica la co-regulación o **regulación compartida, esto es, la regulación coparticipada entre el gobierno y la profesión**. La sinergia entre estas dos instancias en la regulación médica debe permitir desarrollar matices de mayor riqueza con un objetivo final único: asegurar a la ciudadanía la mejor atención posible en cada lugar y cada momento.
- 14 La vía judicial no debe considerarse como un tipo de regulación al uso aunque en ocasiones sea una vía de regulación por terceros. **La intervención** judicial debe preocupar no sólo a las partes en litigio sino **a los responsables institucionales principales de la regulación** (profesión/administración), ya que puede poner

7 En Derecho romano ostenta la *auctoritas* aquella personalidad o institución, que tiene capacidad moral para emitir una opinión cualificada sobre una decisión. Si bien dicha decisión no es vinculante legalmente, ni puede ser impuesta, tiene un valor de índole moral muy fuerte. El término es en realidad intraducible, y la palabra castellana "autoridad" apenas es una sombra del verdadero significado de la palabra latina. El concepto se contrapone al de *potestas* o *poder* socialmente reconocido.



Judicial intervention should not only **be concerned** with the litigating parties but also **the principal institutions responsible for regulation** (profession/administration) where it can highlight where regulatory mechanisms have not been effective.

15 **The employer**, when deciding on the personnel required to meet their needs, **determines**, directly or indirectly, **the type of professional that can be contracted**. Therefore, despite not being a natural regulator it can act as such, especially in highly centralised health systems where one of the employers is much larger than the others and in some cases is the only employer.

16 The government does not only have the administration at its disposal as an instrument to regulate the medical profession. Of the other instruments at its disposal one stands out; the so-called “Public Law Corporations”⁸ of which

8 *Public Law Corporations* are legal entities that adopt an associative form and are created by a law that determines their objectives, structure and function. Despite their denomination, they are subject to Private Law while in some aspects they are subject to Administrative Law given that they can carry out, with a mandate or specific delegation from the Administration, certain administrative functions on its own members. They defend the professional and economic interests of their members. They subsist with the contributions, fees and donations of their members that are not public levies. The membership of these corporations is obligatory for anyone who intends to exercise certain rights (for example, the right to practise a profession in the case of the professional colleges).

↓ *Continue on Next Page*

o implícita, **el tipus de professional que pot ser contractat**. Per això, encara que no sigui un regulador nat pot actuar com a tal, especialment en sistemes sanitaris molt centralitzats en els quals un dels ocupadors és molt major que la resta o fins i tot l'únic ocupador.

16 El govern no només disposa de l'administració com a instrument per regular la professió mèdica, sinó que, a més, disposa d'altres instruments entre els quals destaca les denominades Corporacions de Dret Públic⁸, de les quals són paradigma els Col·legis de Metges. Queda establert que el govern no pot renunciar a la *potestas* respecte a la regulació mèdica, no obstant

8 *Corporacions de dret públic*. Són persones jurídiques que adopten forma associativa, creades, no per un pacte, sinó per una llei que determina les seves finalitats, estructura i funcionament. Malgrat la seva denominació, estan subjectes al Dret privat, si bé en alguns aspectes poden quedar subjectes al Dret Administratiu, ja que els seus titulars poden exercir, per atribució de l'Ordenament o delegació expressa de l'Administració, certes facultats d'ordre administratiu sobre els seus propis membres. Defensen els interessos, econòmics o professionals, dels seus membres. Se sostenen amb les aportacions, quotes i vesses dels seus membres, que no tenen caràcter d'exaccions públiques. La pertinença a aquestes corporacions és obligatòria per tots aquells que pretenguin exercir determinats drets (p. ex., l'exercici d'una professió en el cas dels col·legis professionals). La qualitat de membres es determina sobre la base d'una condició objectiva, relacionada amb la fi corporativa que es tracti: p. ex., una qualitat professional (V. Col·legis Professionals), la qualitat de comerciant o industrial (Cambres de comerç, Indústria i Navegació), regant d'un aprofitament col·lectiu d'aigües públiques (V. comunitats de regants), etc. (Enciclopèdia Jurídica, versió 2014), Consultat el 12/03/2014: <http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/corporaciones-de-derecho-publico/corporaciones-de-derecho-publico.htm>



en evidencia que sus mecanismos reguladores no han sido efectivos.

- 15 **El empleador**, al decidir que tipo de personal necesita para cubrir sus necesidades, **condiciona**, de forma explícita o implícita, **el tipo de profesional que puede ser contratado**. Por ello, aunque no sea un regulador nato puede actuar como tal, especialmente en sistemas sanitarios muy centralizados en los que uno de los empleadores es mucho mayor que el resto o incluso el único empleador.
- 16 El gobierno no sólo dispone de la administración como instrumento para regular la profesión médica, sino que, además, dispone de otros instrumentos entre los que destaca las denominadas “Corporaciones de Derecho Público”⁸, de las que son paradigma los Colegios de

8 *Corporaciones de derecho público*. Son personas jurídicas que adoptan forma asociativa, creadas, no por un pacto, sino por una ley que determina sus fines, estructura y funcionamiento. A pesar de su denominación, están sujetas al Derecho privado, si bien en algunos aspectos pueden quedar sujetas al Derecho Administrativo, ya que sus titulares pueden desempeñar, por atribución del Ordenamiento o delegación expresa de la Administración, ciertas facultades de orden administrativo sobre sus propios miembros. Defienden los intereses, económicos o profesionales, de sus miembros. Se sostienen con las aportaciones, cuotas y derramas de sus miembros, que no tienen carácter de exacciones públicas. La pertenencia a estas corporaciones es obligatoria para todos aquellos que pretendan ejercer determinados derechos (p. ej., el ejercicio de una profesión en el caso de los colegios profesionales). La cualidad de miembros se determina en base a una condición objetiva, relacionada con el fin corporativo de que se trate: p. ej., una cualidad profesional (V. Colegios Profesionales), la cualidad de comerciante o industrial (Cámaras de Comercio, Industria y Navegación), regante de un aprovechamiento colectivo de aguas públicas (V. comunidades de regantes), etc. (Enciclopedia Jurídica, versión 2014), Consultado el 12/03/2014: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/corporaciones-de-derecho-publico/corporaciones-de-derecho-publico.htm>



the Medical Colleges are a paradigm. It is established the government cannot relinquish its power with respect to medical regulation, however, it should be borne in mind that the principle of subsidiarity⁹, which forms the foundation for the functioning of the European Union. On the basis of this principle, the administration should not develop or accumulate responsibilities for medical regulation that have historically been entrusted to institutions linked to the profession, which have the necessary resources and expertise to carry out the task. To regulate from the administration is expensive and inefficient. For its part, **the profession**, which has the authority *auctoritas* to regulate, **should maximise its control mechanisms and insist on maximum transparency** to legitimise its actions and maintain the trust between doctor and patient in the most valuable of the *Credence goods*.

The quality of the members is determined on the basis of objective conditions, related to the corporation concerned. For example, professional quality (in the cases of Professional Colleges), the quality of the business or industry (Chambers of Commerce, Industry and Navigation), status as a user of public water utilities (V. Community of water users). (Taken and translated into English from Enciclopedia Jurídica, versión 2014), consulted on 12/03/2014: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/corporaciones-de-derecho-publico/corporaciones-de-derecho-publico.htm>.

⁹ The principle of subsidiarity states that decisions should be taken by the authority closest to the subject of the problem.

això, ha de tenir en compte el principi de subsidiarietat⁹ com element basic en el funcionament de la Unió Europea. Sobre la base d'aquest principi l'administració no ha de desenvolupar ni acumular competències com la regulació dels metges, confiades, històricament, a institucions properes a la qüestió i que disposen dels mitjans i el coneixement per realitzar-ho; fer-ho des de l'administració és car i ineficient. Per la seva banda **el món professional**, posseïdor de la *auctoritas*, **ha d'extremar els seus mecanismes de control i esforçar-se en la màxima transparència** per legitimar les seves actuacions i mantenir la relació de confiança metge-pacient com el més preuat dels *Béns de confiança*.

17 **Les formes de regulació no poden importar-se** ni copiar-se atès que cada país té estructures administratives diferents, sistemes sanitaris amb característiques pròpies i organitzacions professionals diferents.

18 **Tots els instruments de regulació**, escenificats de diferent forma, **es basen a definir les condicions exigibles** en un moment o un altre (abans, durant, periòdicament, etc.) de **l'exercici professional**. Aquestes condicions (o restriccions) es poden agrupar en:

– D'entrada (drets de monopoli professional)

⁹ El principi de subsidiarietat disposa que un assumpte ha de ser resolt per l'autoritat més propera a fi del problema.



Médicos. Queda establecido que el gobierno no puede renunciar a la *potestas* respecto a la regulación médica, sin embargo, debe tener en cuenta el principio de subsidiariedad⁹ base de funcionamiento de la Unión Europea. En base a dicho principio la administración no debe desarrollar ni acumular competencias como la regulación de los médicos, confiadas, históricamente, a instituciones próximas a la cuestión y que disponen de los medios y el conocimiento para realizarlo; hacerlo desde la administración es caro e ineficiente. Por su parte **el mundo profesional**, poseedor de la *autoritas*, **debe extremar sus mecanismos de control y esforzarse en la máxima transparencia** para legitimar sus actuaciones y mantener la relación de confianza médico-paciente como el más preciado de los *Bienes de confianza*.

- 17 **Las formas de regulación no pueden importarse** ni remedarse dado que cada país tiene estructuras administrativas diferentes, sistemas sanitarios con características propias y organizaciones profesionales distintas.
- 18 **Todos los instrumentos de regulación**, escenificados de diferente forma, **se basan en definir las condicio-**

⁹ El principio de subsidiariedad dispone que un asunto debe ser resuelto por la autoridad más próxima al objeto del problema.



17 **Regulatory systems cannot be imported** or copied given that each country has different administrative structures, health systems with unique characteristics and distinct professional organisations.

18 **All instruments of regulation**, although presented in different forms, are **base themselves on the definition of the conditions required** in a given moment (before, during, periodically) for **professional practise**. These conditions (or restrictions) can be grouped as follows:

- Conditions of entry (rights to practise professionally)
- Conditions of advancement, publicity and other means of
- Contracts and professional fees
- Forms of organisation
- Professional conduct and competence

19 **Regulation** of professional performance, whether done by the profession itself or by the government/administration, **is synonymous with evaluation**. The complex process of *evaluation* can be understood as comprising three actions defined by three verbs; measure, compare and decide. The appropriate tools are required to “measure”. To “compare”, a reference and some standards are required, which in this case are divided into two types: standards of professional conduct (medical ethics) and standards of professional competence (scientific and technical). To “decide”, the political will of the parties to reach a consensus is required.

- De promoció, publicitat i altres mitjans de la competitivitat
- Sobre els contractes i honoraris professionals
- Sobre les formes d’organització, i
- Sobre l’actuació professional (conducta i competència).

19 **Regular** sobre l’actuació professional, ja sigui des de la professió o des del govern/administració, **és sinònim d’avaluar**. El complex acte d’*avaluar* comprèn tres accions definides per tres verbs: mesurar, comparar i decidir. Per “mesurar” es requereix instruments adequats. Per “comparar” es necessita una referència, uns estàndards, que en aquest cas seran de dos tipus o nivells: estàndards de conducta professional (ètica i deontologia mèdica), i estàndards de competència professional (científica i tècnica). Per “decidir” es necessita una voluntat política de consens de les parts.

20 **La definició de normes i estàndards no pot realitzar-se sense la intervenció dels professionals** pel que difícilment haurien de produir-se desacords entre el govern i el món professional respecte a l’acceptació i l’observació de les normes de conducta¹⁰. Dit d’una altra forma, al que la regulació de la professió mèdica interessa i específicament respecte a *l’actuació professional*

10 Maks, J. A. H. and Philipsen, N. J., 2002, An Economic Analysis of the Regulation of Professions, in The Regulation of Architects, Antwerpen, Intersentia.



nes exigibles en un momento u otro (antes, durante, periódicamente, etc.) **del ejercicio profesional**. Estas condiciones (o restricciones) se pueden agrupar en:

- De entrada (derechos de monopolio profesional)
- De promoción, publicidad y otros medios de la competitividad
- Sobre los contratos y honorarios profesionales
- Sobre las formas de organización, y
- Sobre la actuación profesional (conducta y competencia)

19 **Regular** sobre la actuación profesional, ya sea desde la profesión o desde el gobierno/administración, **es sinónimo de evaluar**. El complejo acto de *evaluar* comprende tres acciones definidas por tres verbos: medir, comparar y decidir. Para “medir” se requiere instrumentos adecuados. Para “comparar” se necesita una referencia, unos estándares, que en este caso serán de dos tipos o niveles: estándares de conducta profesional (ética y deontología médica), y estándares de competencia profesional (científica y técnica). Para “decidir” se necesita una voluntad política de consenso de las partes.

20 **La definición de normas y estándares no puede realizarse sin la intervención de los profesionales** por lo que difícilmente deberían producirse desacuerdos entre el gobierno y el mundo profesional respecto a la aceptación y la observación de las normas de conduc-



20 **The definition of norms and standards cannot be done without the intervention of professionals**

to ensure that disagreements between the government and the profession with respect to the acceptance and the observation of the norms of conduct¹⁰ occur with difficulty. In other words, with respect to the regulation of the medical profession and more specifically with respect to *professional performance (conduct and competence)*, it is not possible to “measure”, “compare” and “decide” without the intervention of the professionals.

- 21 In Spain, the standards of conduct and procedures of professional performance are defined by the professional colleges. These standards are found in the deontological codes and are applied by collegial ethical commissions and the central commission of deontology of the CGCOM. However, **the medical community does not take advantage of the opportunities for regulation offered by the collegial system.** The medical code of ethics is viewed more as a sanctioning route rather than a regulatory mechanism. The public, for their part, consider the use of courts in the first instance rather than the collegial route. This probably occurs for two reasons; firstly, instead of affecting the repair of faults in the quality control of the healthcare system, the focus is on

(*conducta i competència*), no és possible “mesurar”, “comparar” i “decidir” sense la intervenció dels professionals.

- 21 A l'estat Espanyol els col·legis professionals tenen definits els estàndards de conducta i procediment d'actuació professional. Aquests estàndards queden recollits en els denominats codis deontològics, aplicats per les comissions deontològiques col·legials i per la comissió deontològica central del CGCOM. No obstant això, **la comunitat mèdica no utilitza les oportunitats de regulació que ofereix la via col·legial**, ja que visualitza al codi deontològic més com una via sancionadora que reguladora. Per la seva banda la ciutadania considera utilitzar en primera instància la via judicial en lloc de la col·legial. Segurament aquesta elecció es produeix en primer lloc perquè es busca una reparació individual, principalment econòmica, en lloc d'incidir en la reparació de les fallades del control de qualitat del sistema sanitari, i en segon lloc, **per desconfiança cap a les corporacions professionals**, encara no suficientment sanejades de corporativisme, i a la recerca d'una total transparència.
- 22 La regulació a través dels codis deontològics va ser inicialment un clar exponent d'autoregulació. No obstant això, **l'estructura social actual ha de caminar**

10 Maks, J. A. H. and Philipsen, N. J., 2002, An Economic Analysis of the Regulation of Professions, in The Regulation of Architects, Antwerpen, Intersentia.



ta¹⁰. Dicho de otra forma, a lo que la regulación de la profesión médica interesa y específicamente respecto a *la actuación profesional (conducta y competencia)*, no es posible “medir”, “comparar” y “decidir” sin la intervención de los profesionales.

- 21 En España los colegios profesionales tienen definidos los estándares de conducta y procedimiento de actuación profesional. Estos estándares quedan recogidos en los denominados códigos deontológicos, aplicados por las comisiones deontológicas colegiales y por la comisión deontológica central del CGCOM. Sin embargo, **la comunidad médica no utiliza las oportunidades de regulación que ofrece la vía colegial**, ya que visualiza al código deontológico más como una vía sancionadora que reguladora. Por su parte la ciudadanía considera utilizar en primera instancia la vía judicial en lugar de la colegial. Seguramente esta elección se produce en primer lugar porque se busca una reparación individual, principalmente económica, en lugar de incidir en la reparación de los fallos del control de calidad del sistema sanitario, y en segundo lugar, por **desconfianza hacia las corporaciones profesionales**, aún no suficientemente saneadas de corporativismo, y en busca de una total transparencia.

¹⁰ Maks, J. A. H. and Philipsen, N. J., 2002, An Economic Analysis of the Regulation of Professions, in The Regulation of Architects, Antwerpen, Intersentia.



the search for individual compensation (principally financial). Secondly, in the desire for total transparency, **there is mistrust towards professional corporations** that are still not sufficiently free of corporatism.

- 22 The regulation via the deontological code was initially considered a clear example of auto-regulation. However, **the current social structure should lead towards a mechanism of shared regulation**, given that the professional colleges as institutions of public law and in possession of the *autoritas* can delegate the regulatory capacity to the *potestas* of the government/administration. This delegation requires continuous supervision and is liable to be withdrawn.
- 23 The lack of confidence of the government/administration or the public in the regulatory performance of the professional institutions can lead to a conflict in the processes of shared regulation. In light of this critical loss of confidence **the profession should consider** not only an improvement in performance but also more fundamentally **the restoration of this lost confidence**.
- 24 The government/administration, for their part, and on the basis of exercising their *potestas*, should demand that the professional organisations execute their regulatory responsibilities correctly. In the case of non-compliance, the substitution of regulation by the professional

cap a un mecanisme de regulació compartida, atès que els col·legis professionals, institucions de dret públic, posseïdors de la *auctoritas*, poden afegir per delegació la capacitat reguladora, la *potestas*, del governo/administració. Aquesta delegació requereix d'una supervisió continuada i és susceptible de ser retirada.

- 23 La falta de confiança del governo/administració o de la ciutadania en l'actuació reguladora de les institucions professionals pot ser l'origen d'un conflicte en els processos de regulació compartida. **Davant una crisi de falta de confiança la professió ha de plantejar** no només la millora de la seva actuació sinó fonamentalment **restablir la confiança qüestionada**.
- 24 Per part del governo/administració i sobre la base d'exercir la seva *potestas* ha d'exigir a les organitzacions professionals el correcte exercici de la seva responsabilitat reguladora. En el cas d'incompliment de les funcions reguladores de les organitzacions professionals, la substitució de la via professional per **l'actuació reguladora directa del governo/administració no ha de ser la primera opció** per revertir la situació. Aquesta opció hauria de reservar-se únicament quan quedi provada la ineficàcia de les organitzacions professionals.
- 25 La visió internacional **dels mecanismes de regulació de la professió mèdica mostra tres característiques: i) notables diferències entre països** explicables per



- 22 La regulación a través de los códigos deontológicos fue inicialmente un claro exponente de autorregulación. Sin embargo, **la estructura social actual debe caminar hacia un mecanismo de regulación compartida**, dado que los colegios profesionales, instituciones de derecho público, poseedores de la *autoritas*, pueden añadir por delegación la capacidad reguladora, la *potestas*, del gobierno/administración. Esta delegación requiere de una supervisión continuada y es susceptible de ser retirada.
- 23 La falta de confianza del gobierno/administración o de la ciudadanía en la actuación reguladora de las instituciones profesionales puede ser el origen de un conflicto en los procesos de regulación compartida. **Ante una crisis de falta de confianza la profesión debe** plantear no sólo la mejora de su actuación sino fundamentalmente **restablecer la confianza cuestionada**.
- 24 Por parte del gobierno/administración y en base a ejercer su *potestas* debe exigir a las organizaciones profesionales el correcto ejercicio de su responsabilidad reguladora. En el caso de incumplimiento de las funciones reguladoras de las organizaciones profesionales, la sustitución de la vía profesional por **la actuación reguladora directa del gobierno/administración no debe ser la primera opción** para revertir la situación. Esta opción debería reservarse únicamente cuando quede probada la ineficacia de las organizaciones profesionales.



organisations with **direct regulation by the government/administration should not be the first option** to resolve the problem.

- 25 The international view of **the regulatory mechanisms of the medical profession show three characteristics**: i) **notable differences between countries** that can be explained by differences in the organisation of each healthcare system as well as sociological and political/administrative differences, ii) **a growing awareness of the need to strengthen the regulatory processes** of the medical profession that has progressively spread from the Anglo-Saxon countries to the global medical community, and iii) **a balance between the participation of the government and the profession** in the processes of professional regulation in which the former recognise and guarantee that the processes implemented by the latter are well done.
- 26 **The public are becoming increasingly well-informed, leading to a society, which demands a** new type of healthcare professional that allows them to participate in decisions about their health. The patients associations, in their Barcelona Declaration of 2003 expressed their concerns and their wish to play an active role in the definition, application and evaluation of the health policy in our country. **They also made a call for more symmetry in the relationship between doctor and patient.**

les diferències sociològiques, polític/administratives i en l'organització de cada sistema sanitari, ii) una **creixent sensibilitat a potenciar els processos de regulació** de la professió mèdica que des dels països anglosaxons s'ha anat estenent progressivament a tota la comunitat mèdica mundial, i iii) un **balanç en la participació del govern i els professionals** en els processos de regulació professional en el qual els primers (governo/administració) coneixen i garanteixen el bon fer dels processos que implementen segons (els professionals).

- 26 **La major informació dels ciutadans condueix a** moviments socials que reclamen un nou perfil de professional sanitari que els faci partícips en la presa de decisions sobre la seva salut. Les associacions de pacients a la seva Declaració de Barcelona del 2003 plasmen les seves inquietuds i la voluntat de tenir un paper actiu en la definició, aplicació i avaluació de les polítiques sanitàries del nostre país i, especialment, **la reclamació de més simetria en la relació metge-pacient.**



25 La visión internacional de **los mecanismos de regulación de la profesión médica muestra tres características**: i) **notables diferencias entre países** explicables por las diferencias sociológicas, político/administrativas y en la organización de cada sistema sanitario, ii) una **creciente sensibilidad a potenciar los procesos de regulación** de la profesión médica que desde los países anglosajones se ha ido extendiendo progresivamente a toda la comunidad médica mundial, y iii) un **balance en la participación del gobierno y los profesionales** en los procesos de regulación profesional en el que los primeros (gobierno/administración) conocen y garantizan el buen hacer de los procesos que implementan segundos (los profesionales).

26 **La mayor información de los ciudadanos conduce a** movimientos sociales que reclaman un nuevo perfil de profesional sanitario que los haga partícipes en la toma de decisiones sobre su salud. Las asociaciones de pacientes en su Declaración de Barcelona del 2003 plasman sus inquietudes y la voluntad de tener un papel activo en la definición, aplicación y evaluación de las políticas sanitarias de nuestro país y, especialmente, **la reclamación de más simetría en la relación médico-paciente.**



Proposals
for action

Propostes
d'actuació



Propuestas de actuación





Medical professionals and their professional associations, Medical Colleges and Scientific Societies have reached the maturity to recognise that it is necessary, and probably urgent, to implement processes of professional recertification directed to practising doctors.

To achieve this we propose the following points of action.

- I The representatives of the general public should act as the catalyst for meetings between the professional Colleges, Scientific Societies and the health administrations that, in a spirit of collaboration, will result in the development of the best possible recertification process for doctors. The deployment of this process is not possible without synergy between the three actors: Medical colleges, Scientific Societies and Health Administrations.
- II The three principal parties in the recertification process have differing roles in the process which they should explicit recognise and assume responsibly. Each party should focus on the processes for which they are responsible and refrain from interfering in those which are the responsibility of the other two parties.
- III The health administrations, both central and autonomous, not only should do their tasks well but also should assure that what

Els professionals de la medicina i les seves agrupacions professionals, Col·legis de Metges i Societats Científiques, han aconseguit la maduresa per assumir que és necessari, segurament amb urgència, implementar processos de recertificació professional dirigits als metges que practiquen l'assistència. Per i per a això ...

- I Els representants públics de la ciutadania han de catalitzar de forma activa la concurrència de Col·legis professionals, Societats Científiques (SSCC) i les pròpies Administracions sanitàries perquè, amb esperit de col·laboració, desenvolupin el millor procés de recertificació dels metges que no és possible desplegar sense les sinergies dels tres actors: Col·legis de metges, SSCC i Administracions sanitàries.
- II Als tres actors principals de la recertificació dels metges els correspon exercir tasques diferents que han de reconèixer explícitament i assumir responsablement. La participació de cadascuna de les parts ha de centrar-se en els processos que li són propis abstenint-se, de forma exquisida, d'intervenir en les responsabilitats dels altres dos actors.
- III Les administracions sanitàries, central i autonòmiques, no només han de fer les coses bé sinó principalment assegurar que es faci bé el que hagi de fer-se per part de qui sàpiga fer-ho; això és, les administracions sanitàries tenen, davant la ciuta-



Los profesionales de la medicina y sus agrupaciones profesionales, Colegios de Médicos y Sociedades Científicas, han alcanzado la madurez para asumir que es necesario, seguramente con urgencia, implementar procesos de recertificación profesional dirigidos a los médicos que practican la asistencia. Por y para ello ...

- I Los representantes públicos de la ciudadanía deben catalizar de forma activa la concurrencia de Colegios profesionales, Sociedades Científicas (SSCC) y las propias Administraciones sanitarias para que, con espíritu colaborativo, desarrollen el mejor proceso de recertificación de los médicos que no es posible desplegar sin las sinergias de los tres actores: Colegios de médicos, SSCC y Administraciones sanitarias.
- II A los tres actores principales de la recertificación de los médicos les corresponde desempeñar tareas diferentes que deben reconocer explícitamente y asumir responsablemente. La participación de cada una de las partes debe centrarse en los procesos que le son propios absteniéndose, de forma exquisita, de intervenir en las responsabilidades de los otros dos actores.
- III Las administraciones sanitarias, central y autonómicas, no sólo deben hacer las cosas bien sino principalmente asegurar que se haga bien lo que deba hacerse





should be done is done well by the person that knows how to do it. That is, the health administrations have, before the public, a responsibility to assure that patients receive the best medical care possible in any given moment and location. For administrations to fulfil this commitment to the public, they should in the first instance have an in-depth knowledge of and support the development of the recertification processes. This will enable them, in the second instance, to apply the principle of subsidiarity to the institutions, which have the means and the knowledge to carry out the development process.

- IV To obtain an in-depth knowledge of the medical recertification processes, the central and autonomic health administrations should integrate into the structures of professional regulation to attest to their correct functioning while at the same time proposing strategies for improvement.
- V The Medical Colleges as Corporations of Public Law were created by the Royal Order of the Interior Ministry dated 15th May 1917 and were entrusted with the regulation of the medical profession. Therefore, the collegial organisations should resume without delay the task which justified their creation and lead, together with the other actors, the recertification of doctors. This leadership

should be done is done well by the person that knows how to do it. That is, the health administrations have, before the public, a responsibility to assure that patients receive the best medical care possible in any given moment and location. For administrations to fulfil this commitment to the public, they should in the first instance have an in-depth knowledge of and support the development of the recertification processes. This will enable them, in the second instance, to apply the principle of subsidiarity to the institutions, which have the means and the knowledge to carry out the development process.

- IV Per conèixer en profunditat els processos de recertificació dels metges, les administracions sanitàries, central i autonòmiques, han d'integrar-se en les estructures de regulació professional per donar fe del correcte funcionament de les mateixes i al seu torn proposar estratègies de millora.
- V La Real Ordre del Ministeri de la Governació de 15 de maig de 1917 va crear els Col·legis de Metges, Corporacions de Dret públic, i els va encomanar regular la professió. Per això les organitzacions col·legials han de reprendre sense dilació el que va justificar la seva creació i liderar, al costat dels altres actors, la recertificació dels metges. Aquest lideratge ha de dur-se a terme des de les organitzacions col·legials perquè són les que millor poden eliminar qualsevol besllum de corporativisme i han de conduir-ho amb la transparència necessària per garantir que



por parte de quien sepa hacerlo; esto es, las administraciones sanitarias tienen, ante la ciudadanía, la responsabilidad de asegurar que ésta recibe el mejor acto médico posible en cada lugar y momento determinado. Para que la/s administración/es pueda/n adquirir este compromiso con la ciudadanía deben, en primera instancia conocer en profundidad y avalar el desarrollo de los procesos de recertificación de los médicos, para, en segunda instancia, aplicar el principio de subsidiariedad en las instituciones que disponen de los medios y el conocimiento para realizarlo.

- IV Para conocer en profundidad los procesos de recertificación de los médicos, las administraciones sanitarias, central y autonómicas, deben integrarse en las estructuras de regulación profesional para dar fe del correcto funcionamiento de las mismas y a su vez proponer estrategias de mejora.
- V La Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 15 de mayo de 1917 creó los Colegios de Médicos, Corporaciones de Derecho público, y les encomendó regular la profesión. Por ello las organizaciones colegiales deben retomar sin dilación lo que justificó su creación y liderar, junto a los demás actores, la recertificación de los médicos. Este liderazgo debe llevarse a cabo desde las organizaciones colegiales porque





role should be carried out from the collegial organisations because they are the best placed to eliminate any inkling of corporatism and should drive the process with the transparency necessary to guarantee that the care of the public is the reason for the regulation of doctors.

< V I The Scientific Societies represent the *authoritas* on scientific-medical knowledge and technical capabilities in general. They are also knowledgeable regarding the requirements of each medical speciality. Therefore, these societies should be responsible for the evaluation of knowledge, firstly at a general level, producing guides and protocols which permit the establishment of the standards for each speciality as well as defining and evaluating the minimum standards permissible for each doctor.

VII The process of professional regulation of doctors should incorporate the concept of shared regulation or of co-regulation, that is to say, a shared regulation between the government/administration and the profession (the Colleges and Scientific Societies). The synergy between the co-regulating parties should permit the development of a more nuanced process which will reach the final objective: to assure the public of the best medical attention possible in every location and moment.

la cura de la ciutadania és la raó de la regulació dels metges.

VI Les Societats Científiques representen la *authoritas* del coneixement científic-mèdic i de les capacitats tècniques en general i en particular perquè són les coneixedores de les competències específiques de cada especialitat mèdica. Per això les Societats Científiques han de ser responsables d'avaluar aquest coneixement primer en genèric, elaborant guies i protocols que permetin establir els estàndards de cada especialitat, i en particular, definint i avaluant els límits competencials admissibles de cada metge.

VII El procés de la regulació professional dels metges ha d'incorporar el concepte de regulació compartida o co-regulació, això és, la regulació coparticipada entre el govern/administració i la professió (Col·legis i Societats Científiques). La sinergia entre les parts co-reguladores ha de permetre desenvolupar matisos de major riquesa per aconseguir l'objectiu final: assegurar a la ciutadania la millor atenció possible en cada lloc i cada moment.

VIII Garantir l'eficàcia d'una regulació professional compartida requereix una estructura o organisme regulador independent, que eviti la captura i sigui capaç de fer el que els pacients no poden fer: avaluar la qualitat i garantir la transparència tant dels



son las que mejor pueden eliminar cualquier atisbo de corporativismo y deben conducirlo con la transparencia necesaria para garantizar que *el cuidado de la ciudadanía* es la razón de la regulación de los médicos.

- VI Las Sociedades Científicas representan la *autoritas* del conocimiento científico-médico y de las capacidades técnicas en general y en particular porque son las conecedoras de las competencias específicas de cada especialidad médica. Por ello las Sociedades Científicas deben ser responsables de evaluar dicho conocimiento primero en genérico, elaborando guías y protocolos que permitan establecer los estándares de cada especialidad, y en particular, definiendo y evaluando los límites competenciales admisibles de cada médico.
- VII El proceso de la regulación profesional de los médicos debe incorporar el concepto de regulación compartida o de co-regulación, esto es, la regulación coparticipada entre el gobierno/administración y la profesión (Colegios y Sociedades Científicas). La sinergia entre las partes co-reguladoras debe permitir desarrollar matices de mayor riqueza para conseguir el objetivo final: asegurar a la ciudadanía la mejor atención posible en cada lugar y cada momento.



VIII To guarantee the effectiveness of a process of shared professional regulation, an independent regulatory organ and a structure are required that avoids capture and is capable of achieving what patients are unable to do: evaluate the quality and the transparency of both the processes of regulation and medical attention. In any case, the authority of this structure (agency, joint committee and regulatory organ) should not be derived from its publication in the Bulletins or other official publications of the administrations but from its ethical credit, its *autoritas*, which has to be earned and maintained through its action. In Anglo-Saxon countries, there are numerous examples of independent regulatory organisations, although to achieve the goal of co-ordinating the different parties implicated in the regulation of doctors it would be equally effective and perhaps simpler to use a strategy of Joint Committees.

IX The aspects which should be taken into consideration during the recertification of doctors should include i) the conduct demanded by the ethics of the medical profession, ii) the physical and mental fitness required to effectively perform the tasks required as a doctor and iii) the updating of professional competencies at both general and specific levels.

processos de regulació com de l'oferta. En qualsevol cas l'autoritat d'aquesta estructura (agència, comitè conjunt o organisme regulador) no ha de venir donada per la normativització publicada en els Butlletins o Diaris oficials de les administracions, sinó pel seu crèdit ètic, la seva *autoritas*, guanyada i mantinguda amb les seves actuacions. L'àmbit anglosaxó mostra nombrosos exemples d'organismes reguladors independents encara que, per aconseguir el propòsit de coordinar els diferents actors implicats en la regulació dels metges, seria igualment eficaç i més senzill l'estratègia dels *Joint Committees* o "Comitès Conjunts".

IX Els aspectes que ha de valorar la recertificació dels metges ha d'incloure, i) la conducta ajustada als valors ètics i deontològics de la professió mèdica, ii) les aptituds psicofísiques que permetin desenvolupar les competències de la professió mèdica, i iii) l'actualització de les competències professionals tant transversals com específiques.

X A nivell internacional s'han desenvolupat diferents experiències que han d'avaluar-se per no tornar a construir des de zero; de forma especial han de tenir-se en compte els processos implementats a nivell nacional que hagin provat rigor metodològic i eficàcia pràctica.



- VIII Garantizar la eficacia de una regulación profesional compartida requiere una estructura u organismo regulador independiente, que evite la captura y sea capaz de hacer lo que los pacientes no pueden hacer: evaluar la calidad y garantizar la transparencia tanto de los procesos de regulación como de la oferta. En cualquier caso la autoridad de dicha estructura (agencia, comité conjunto u organismo regulador) no debe venir dada por la normativización publicada en los Boletines o Diarios oficiales de las administraciones, sino por su crédito ético, su *autoritas*, ganado y mantenido con sus actuaciones. El ámbito anglosajón muestra numerosos ejemplos de organismos reguladores independientes aunque, para conseguir el propósito de coordinar los diferentes actores implicados en la regulación de los médicos, sería igualmente eficaz y más sencillo la estrategia de los *Joint Committees* o “Comités Conjuntos”.
- IX Los aspectos que debe valorar la recertificación de los médicos debe incluir i) la conducta ajustada a los valores éticos y deontológicos de la profesión médica, ii) las aptitudes psicofísicas que permitan desarrollar las competencias de la profesión médica, y iii) la actualización de las competencias profesionales tanto transversales como específicas.



X At the international level, different experiences of professional regulation have been observed, these should be evaluated so as not to construct a process from scratch; those processes implemented at the national level that have demonstrated methodological rigour and practical effectiveness should be taken into particular consideration.

XI Those responsible for professional regulation should not look down upon or waste the first-hand knowledge of professional performance available from patients organisations. Therefore, these organisations should be called upon to collaborate in the processes of professional

XI Els responsables de la regulació professional no han de menysprear ni malgastar el coneixement que de primera mà disposen les organitzacions assistencials de l'actuació dels professionals. Per això han de ser cridats a col·laborar en els processos de regulació professional.



- X A nivel internacional se han desarrollado diferentes experiencias que deben evaluarse para no volver a construir desde cero; de forma especial deben tenerse en cuenta los procesos implementados a nivel nacional que hayan probado rigor metodológico y eficacia práctica.

- XI Los responsables de la regulación profesional no deben despreciar ni desperdiciar el conocimiento que de primera mano disponen las organizaciones asistenciales de la actuación de los profesionales. Por ello deben ser llamados a colaborar en los procesos de regulación profesional.



La regulación de la profesión médica





1. Introducción

La Fundación Educación Médica (FEM) ha creído oportuno reflexionar sobre la recertificación de los médicos una cuestión para nosotros recurrente. Y se ha considerado que volvía a ser un momento oportuno porque ahora podemos visualizar el camino que sobre esta cuestión se ha recorrido en la última década y debatir si la dirección por la que vamos es la adecuada.

Se dice que una profesión está regulada cuando el acceso y el ejercicio están sujetos a la posesión de una cualificación profesional específica. Hay que dejar claro que al reflexionar sobre el concepto profesión se puede hacer desde dos vertientes, la sociológica y la puramente legislativa. El concepto de profesión es un concepto que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. Sin embargo, nuestra organización política reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos. Conceptualmente este documento se interesa más por la primera vertiente, la sociológica, que por la segunda aunque está obligado a tener presente las normas (Europeas, Ministeriales o de las Comunidades autónomas) que regulan la profesión médica.



¿Por qué la Educación Médica se preocupa de la regulación profesional? La respuesta es directa ya que entre los intereses tanto del área de conocimiento de la *Educación Médica*, como del mundo de la regulación profesional está el que todos y cada uno de los profesionales que atienden a la ciudadanía tengan y muestren, en cada momento y lugar, la mejor competencia profesional posible. La educación médica se ocupa de todos los procesos relacionados con la adquisición, mantenimiento y mejora de la competencia profesional, para contribuir a la mejora permanente de la práctica profesional y en consecuencia para mejorar la atención a los ciudadanos. La regulación profesional pretende dar el aval, a ciudadanos y empleadores, que los profesionales en ejercicio son competentes para el ejercicio de la medicina o, dicho de otro modo, que la regulación médica asegura que la medicina sólo se practica por personas calificadas e idóneas.

El concepto de profesión se puede delimitar desde diferentes puntos de vista. El **Cuadro 1** muestra las definiciones que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) aprobó en el año 2010. Este documento, y siguiendo una línea coincidente con las mencionadas definiciones, se basará en la definición desde el punto de vista sociológico. Así, podemos decir que una profesión es una ocupación que tiene y utiliza un cuerpo de conocimientos altamente especializados que requieren formación universitaria, con espíritu de servicio a la sociedad, que se dota de un código deontológico para su ejercicio profesional, y que a cambio de todo ello la ciudadanía le confiere un reconocimiento social y la capacidad de autorregularse.

Si no hay espíritu de servicio, ¿podemos seguir hablando de profesión? Si no hay código ético, ¿podemos seguir hablando de profesión? Si la actividad profesional no se autorregula, ¿podemos seguir hablando de profesión?



Cuadro 1

Definiciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Profesión médica

Ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a identificar, diagnosticar y afrontar problemas de salud aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen, 1) la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, 2) la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, 3) la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y 4) que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.

Profesional médico

Médico y médica titulado/a comprometido con los principios éticos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores.

Profesionalismo médico

Conjunto de principios éticos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

Principios fundamentales del profesionalismo médico

El ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico, base de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta entre otros principios por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Valores fundamentales del profesionalismo médico

Los profesionales de la medicina ponen a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover, prevenir, proteger, restablecer, mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos. En consecuencia, la práctica diaria del profesional médico implica el compromiso con:

- la integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos
- la compasión como guía de acción frente al sufrimiento
- la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano
- la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población



El servicio que presta la profesión médica a la sociedad es percibido por esta en muy alta estima. Tanto es así, que el ciudadano considera que lo que recibe es más que lo que *paga* y por ello establece un acuerdo tácito entre las dos partes que tradicionalmente han sido el médico y el paciente pero que por extensión podemos formular como la profesión médica y la ciudadanía. Este acuerdo tácito no es más que un contrato social: una parte -la profesión médica- proporciona atención a la salud de las personas con un compromiso ético y unas garantías de competencia y, en contrapartida, la otra parte -la sociedad- otorga a la profesión médica un estatus y la capacidad de autorregularse. Estas contrapartidas deben entenderse como las compensaciones propias de todo contrato en el que a cada bien le corresponde su justiprecio. Coloquialmente se ha adjetivado a estas compensaciones como *privilegios* pero este término hiere la sensibilidad de la ciudadanía actual por lo que en ocasiones se ha producido una discusión que desenfoca el concepto de *contrato* con compromisos y compensaciones por ambas partes.

Al hablar de acuerdo tácito se ha introducido ya la idea de contrato social y es de interés delimitar el concepto. El *contrato social*, como teoría política, explica, entre otras cosas, el origen y propósito del Estado y de los derechos humanos. La esencia de la teoría -cuya formulación más conocida es la propuesta por Jean-Jaques Rousseau- no es más que: *para vivir en sociedad, los seres humanos acuerdan un contrato social implícito, que les otorga ciertos derechos a cambio de abandonar la libertad completa de la que dispondrían en estado de naturaleza*. Siendo así, los derechos y deberes de los individuos constituyen las cláusulas del contrato social. El Estado es la entidad creada para hacer cumplir el contrato. Del mismo modo, quienes lo firman pueden cambiar los términos del contrato si así lo desean.

Las últimas décadas, sometidas a vertiginosos cambios que han afectado directamente al sector sanitario, han favorecido que el



contrato social entre la profesión médica y la ciudadanía corra el riesgo de romperse. Los países anglosajones, en especial, Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, conscientes de este riesgo, han desarrollado diferentes estrategias para reformular este contrato y han impulsado el desarrollo del profesionalismo médico, término adoptado del inglés con el que se denomina al conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de la sociedad en la profesión médica¹.

Un importante avance en fundamentar el contrato de la profesión médica fue el trabajo que firmaron conjuntamente dos instituciones americanas y una europea, la Fundación ABIM, la Fundación ACP-ASIM y la FEMI, conocido coloquialmente como *Physician charter*². Desgraciadamente este relevante documento que representa la versión más actualizada del Juramento Hipocrático, no ha tenido la repercusión que se merece fuera del ámbito anglosajón y muy en particular en España. El **Cuadro 2** muestra las bases del contrato ciudadanía/profesión médica definido en tres principios fundamentales y diez responsabilidades profesionales.

La falta de respuesta de las instituciones, tanto profesionales como gubernamentales, frente al cambio de paradigma que representa el *Physician Charter*, ha sido para la FEM un incentivo para promover este documento sobre la regulación de la profesión médica. Entre las labores y responsabilidades asumidas

1 El término *Profesionalismo* tomado del inglés, prima los valores y no es equivalente a la definición que para dicho término da la RAE: *Cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro*. Por otro lado tampoco es equivalente al término *Profesionalidad* que la RAE define como: *Cualidad de la persona u organismo que ejerce su actividad con relevante capacidad y aplicación, aplicable a cualquier ocupación sea o no una profesión*.

2 La profesión Médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Un proyecto de Fundación ABIM (American Board for Internal Medicine), la Fundación ACP-ASIM (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine) y la FEMI (Federación Europea de Medicina Interna). *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (18): 704-706.



Cuadro 2
Physician charter*

Principios Fundamentales

- Principio de primacía de bienestar del paciente
- Principio de autonomía del paciente
- Principio de justicia social.

Compendio de responsabilidades profesionales

- Compromiso con la competencia profesional
- Compromiso de honestidad con los pacientes
- Compromiso con la confidencialidad del paciente
- Compromiso con el establecimiento de relaciones adecuadas con los pacientes
- Compromiso con la atención sanitaria de mayor calidad
- Compromiso con la mejora del acceso a la asistencia médica
- Compromiso con la distribución justa de los recursos finitos
- Compromiso con el saber científico
- Compromiso con el mantenimiento de una confianza sólida gracias a la solución de los conflictos de interés
- Compromiso con las responsabilidades profesionales

* Med Clin [Barc] 2002; 118 (18): 704-706



por la FEM se encuentra la agitación intelectual de las cuestiones que afectan a la formación y ejercicio de los profesionales de la medicina. Ante espectaculares cambios de las estructuras sociales (**Cuadro 3**) que afectan a la profesión médica es absolutamente necesario replantear la relación entre la ciudadanía y la profesión médica sin otro interés que acordar o quizá solo recordar las reglas del juego o si se prefiere las cláusulas del contrato.

Cuadro 3³

Cambios socioeconómicos que condicionan las competencias exigibles a los médicos

- En los fines de la medicina
- Demográficos
- Epidemiológicos
- Organizativos
- Tecnológicos
- En la gestión de los recursos (*limitados*)
- En las relaciones interprofesionales / intersectoriales
- En el *Empowerment** de los pacientes

* *Empowerment*, literalmente empoderamiento o apoderamiento. Se utiliza como facilitar conocimiento al paciente para que pueda tomar decisiones.

3 Modificado de: *Aprender a ser médico. Responsabilidad social compartida*. FEM, 2012.



2. Regulación de las profesiones. Marco Teórico

El propósito principal de los reguladores y por tanto de los procesos que persiguen la regulación debe ser el de proteger a la ciudadanía. El mecanismo más habitual serían el de disponer y mantener registros de profesionales que permiten conocer quien tiene, cumple y mantiene los estándares, previamente establecidos, sobre educación/formación, competencias profesionales, conducta y salud.

La regulación profesional no es una cuestión nueva ni sencilla. Para regular las profesiones hay múltiples formas, desde la ejercida por los empleadores hasta la concesión de licencias o simplemente en base a una reglamentación administrativa. Las evidencias muestran una gran variabilidad tanto en la estructura como en la gestión de los diferentes procesos reguladores.

Básicamente se dice que una profesión está regulada cuando el acceso y su el ejercicio están sujetos a la posesión de una cualificación profesional específica que se demuestra mediante una credencial (título, diploma, carnet, certificación, etc.).

Pero el objetivo de la regulación de la profesión médica no es solo asegurar que la medicina sólo se practica por personas que





tengan la credencial de médico sino que además disponen de una segunda credencial⁴ que asegure la cualificación de dicho médico, su competencia profesional y el mantenimiento de la misma a lo largo del tiempo (ver Cuadro 4). El propósito de la regulación de la profesión médica no es otro que proporcionar una garantía pública y transparente que garantice la protección a la ciudadanía. Como consecuencia, el médico que dispone de dichas credenciales adquiere el aval de la profesión para el ejercicio profesional.

En el 2006 Nuno Garoupa analiza en un informe⁵ de la Fundación FEDEA⁶ el marco teórico de la regulación de las profesiones formulando tres preguntas, *Por qué, Cómo y Qué* hay que regular. Este documento ha reformulado las preguntas de Garoupa teniendo presente la profesión médica y el entorno social y político español en el que los médicos desarrollan su actividad. Así, al respecto de la profesión médica, se revisan cuatro apartados: por qué es necesaria su regulación, cuándo se puede regular, quién puede hacerlo y quién debe hacerlo, y finalmente qué instrumentos o procesos se requieren.

4 El formato de esta *segunda credencial* puede adoptar diferentes modalidades (colegiación, licencia, certificación, etc.) e incluso puede estar englobada, total o parcialmente, en la propia credencial de médico. Además, esta *segunda credencial* tiene una vigencia temporal por lo que debe renovarse periódicamente (recolegiación, relicencia, recertificación, etc.).

5 Nuno Garoupa, Regulation of legal and medical professions in the US and Europe: A comparative analysis. Documento de Trabajo 2006-11 de FEDEA

6 FEDEA: Fundación de Estudios de Economía Aplicada.



Cuadro 4
Principales credenciales profesionales de los médicos y Registro

Credenciales no caducables

- Graduado, o Licenciado, o Doctor en Medicina
- Especialista de una especialidad médica oficial
- Área de Capacitación Específica (ACE)
- Maestrías
- Postgrados, Diplomas y otras credenciales académicas

Credenciales caducables (requieren renovación periódica)

- Diplomas de Acreditación (DA) y Diplomas de Acreditación Avanzada (DAA)
- Colegiación
- Validación Periódica de la Colegiación (VPC)
- Desarrollo profesional (DP) o Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

Registros

- Registro de médicos (con actividad asistencial)
- Registro de médicos especialistas/ACE (con actividad asistencial)
- Registro de médicos recertificados
- Registro de médicos (sin actividad asistencial)
- Registro de médicos en paro
- Registro de médicos jubilados
- ...





2.1. ¿Por qué es necesaria?

Desde el punto de vista de la teoría económica hay, como mínimo, tres razones que justifican la necesidad de regular las profesiones y por tanto la profesión médica. i) la asimetría del conocimiento médico, ii) el interés público de la salud, y iii) el interés privado, corporativo.

i) La asimetría del conocimiento médico

A pesar de la cada vez mayor información que dispone el ciudadano para afrontar y tomar decisiones sobre su salud seguirá existiendo una asimetría en el conocimiento médico entre el profesional y el paciente. En 1970 el premio Nobel de economía George Akerlof describió el problema de la asimetría⁷ del conocimiento (*el problema de los coches de segunda mano*). El comprador de un coche de segunda mano no conoce el estado real del coche; aunque marque poco kilometraje o presente buena chapa y pintura puede tener un motor en mal estado. De las dos partes, comprador/vendedor, solo una conoce el estado real del coche y por tanto entre ambos hay una relación asimétrica. El comprador está dispuesto a asumir el riesgo de comprar un coche de segunda mano ofreciendo por el coche un precio a la baja. Por su parte, el vendedor de un coche realmente en muy buen estado, es reacio a vender ya que el mercado le ofrece un precio bajo por algo que él sabe que vale más. Los únicos vendedores dispuestos a vender a la baja son aquellos cuyos coches realmente no están en buen estado.

7 George A. Akerlof. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. The Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, No. 3. (Aug., 1970), pp. 488-500. Stable URL: <http://links.jstor.org/sici?sici=0033-5533%28197008%2984%3A3%3C488%3ATMF%22QU%3E2.0.CO%3B2-6>



La información asimétrica origina un riesgo moral al ciudadano al dejarlo indefenso para elegir la mejor opción. La asimetría en la información impide que el mercado ofrezca el nivel de salud más eficiente y sustrae al ciudadano la seguridad jurídica. Una adecuada regulación profesional debe disminuir los costes de búsqueda del mejor servicio sanitario posible, una mejora en la calidad del mismo y una información contrastada respecto a la calidad de los servicios profesionales. Por tanto la regulación de los servicios profesionales debe mejorar el equilibrio del mercado y, además, al reducir el riesgo también disminuirá los costes⁸ de los seguros que asume el ciudadano. Las nuevas tecnologías de la comunicación e información han generado una paradoja al proporcionar un exceso de información que, acompañado por la falta de criterios profesionales (expertos), comporta para el ciudadano una gran confusión que mantiene la asimetría en el conocimiento en lugar de disminuirla.

ii) El interés público de la salud

Se plantea aquí el proceso opuesto al de la asimetría. Como la salud “no tiene precio” el ciudadano o el comprador de servicios sanitarios está dispuesto a pagar lo que se le pida aún, a sabiendas o no, que el precio esté por encima de su valor real. En este caso el regulador no está preocupado de la eficiencia económica, lo que le preocupa es asegurar un servicio de calidad a un precio justo.

La regulación de los profesionales sanitarios puede perseguir objetivos públicos distintos de la eficiencia económica⁹, esto es, la corrección de las asimetrías de información y externalidades.

⁸ Costes directos por el pago de un servicio sanitario o costes indirectos a través de los impuestos.

⁹ Ogus, A., 1994, Regulation: Legal Form and Economic Theory, Oxford, Oxford University Press, page 218-219.





Estos objetivos se pueden explicar por una visión paternalista del papel del gobierno o valores de la comunidad, y por lo general están relacionados con la redistribución.

La seguridad, la honradez y la confianza pueden ser valores perseguidos por el gran regulador -el gobierno- ya que a su vez pueden promover un mayor bienestar social y fomentar el crecimiento. La voluntad social de pagar por estos valores pueden estar por encima del valor de mercado o valor económico, lo que justifica la intervención del regulador. Así, un médico en una pequeña ciudad puede tener un papel o función socialmente valiosos que va más allá del servicio profesional que proporciona. La redistribución en favor del profesional contra el consumidor es sólo una forma de contraprestación por estos servicios sociales.



iii) El interés privado (corporativo)

La teoría de la regulación en función de los intereses privados se basa en los supuestos de la *captura* y la *colusión*¹⁰; se entiende por *captura* la posibilidad de que grupos profesionales influencien al gobierno/administración para que dicten leyes que les beneficien, y por *colusión* se entiende cuando dos o más profesionales o empresas del sector pactan condiciones (generalmente económicas aunque no necesariamente) de los servicios prestados, en este caso servicios sanitarios. El pacto para reducir la competencia mutua se conoce como *cártel*. La captura predice que la licencia profesional debe disminuir la oferta de profesionales

10 Posner, R. A., 1974, Theories of Economic Regulation, Bell Journal of Economics and Management Science 5, 335-358.



por debajo del óptimo social, aumentar los precios cobrados por profesionales, y aumentar los ingresos de los profesionales existentes más allá del marginal de productividad¹¹.

La regulación pretende impedir el interés privado exagerado de un grupo profesional bien organizado. Es posible desarrollar instrumentos jurídicos y políticos para limitar el interés privado. Entre otras acciones se podría, i) promover la competencia (lo que debería promover un libre flujo de servicios profesionales), ii) auditar las corporaciones profesionales, incluyendo análisis comparativos entre las instituciones, iii) hacer transparentes las actividades de los profesionales y exigir la actualización periódica de su competencia profesional, o iv) forzar la separación de la función de servicio de la función de organismo.

En resumen

Las diferentes teorías de base económica expuestas, así como otras argumentaciones sociológicas, son más que suficientes para argumentar la necesidad de regular la profesión médica tal y como ha venido sucediendo desde que la medicina alcanzó el estatus de profesión.

A pesar de las teorías del interés público y privado, es un hecho que tanto la ciudadanía como los profesionales son capaces de influenciar la forma y el contenido de la regulación profesional.

11 Olsen, R. N., 1999, The Regulation of Medical Professions, in Encyclopedia of Law and Economics, Ghent, University of Ghent, 1018-1053.

Kleiner, M. and Kudrle, R. T., 2000, Does Regulation Affect Economic Outcomes? The Case of Dentistry, Journal of Law and Economics 43, 547-582.



Es posible, aunque no siempre, que los profesionales utilicen los mecanismos de regulación para limitar la oferta y generar posibles beneficios. Igualmente es posible, aunque no siempre, que se persiga el interés de la ciudadanía¹². Las teorías de interés público y privado reflejan dos etapas históricas distintas en la investigación económica, haciendo hincapié en las medidas correctoras y las funciones redistributivas de la regulación¹³.

Las diferentes actuaciones institucionales son coherentes con las diferentes bases teóricas expuestas. Cabe destacar que la autorregulación no es necesariamente un indicador de la búsqueda de rentas¹⁴ (*rent-seeking*), esto es, situación que se produce cuando un individuo, organización o empresa busca obtener ingresos captando renta económica a través de la manipulación o explotación del entorno político o económico, en lugar de obtener beneficios a través de transacciones económicas y producción de riqueza añadida. Igualmente, los organismos reguladores profesionales son consistentes con la teoría del interés público.

2.2. ¿Cuándo se puede y se debe regular?

Son clásicos dos periodos o momentos donde se aplican los procesos de regulación de la profesión médica, al inicio de la actividad profesional, conocido como *regulación de entrada*, y a

12 Peltzman, S., 1976, Toward a More General Theory of Regulation, *Journal of Law and Economics* 19, 211-244.

13 Hägg, G. T., 1997, Theories on the Economics of Regulation: A Survey of the Literature from a European Perspective, *European Journal of Law and Economics* 4, 337-370.

14 Boehm, Frédéric. *Corrupción y c en la regulación de los servicios públicos* Rev.econ. inst., dic. 2005, vol.7, no.13, p.245-263.



lo largo de la actividad profesional, conocido como *regulación periódica* debido a que, con frecuencia, se realiza en periodos regulares de tiempo.

Regulación en la entrada

La entrada en una profesión requiere de unos requisitos que básicamente se resumen en dos, el título universitario y el registro en un organismo público. El primero de los requisitos es fácilmente comprensible y se ha mantenido estable a lo largo de los años. El reconocimiento del título de médico es inmediato cuando procede de una universidad española o de un país del ámbito de la Unión Europea (UE) al que pertenecemos. Cuando el título de médico procede de universidades de otros países es necesario la homologación de dicho título en España. El proceso de homologación de títulos lo realiza el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) y debe considerarse como un mecanismo de regulación de entrada. Aunque pueden existir diferencias de tipo administrativo puede decirse que este requisito es común en la mayor parte de países.

El segundo requisito, el del registro en un organismo público, presenta cierta complejidad. En España debemos considerar dos fechas, la de 12 de abril de 1898 en la que la Reina Regente Doña María Cristina sancionó un Real Decreto por el que se aprobaba el Estatuto para el Régimen de los Colegios de Médicos y la de la Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 15 de mayo de 1917 en la que, tras el consenso de las partes, se establecía la constitución inmediata de Colegios Médicos con carácter obligatorio para ejercer. Una expresión de esta Real Orden es el lema del Colegio de Médicos de Zaragoza que reza: *ex lege sodales coram infirmo fratres* (Por ley unidos; ante el enfermo, hermanos). De esta manera queda constituida la inscripción obligato-





ria en un organismo de derecho público, los colegios de médicos, que se conoce coloquialmente como *colegiación*. Aunque en los últimos años ha sido controvertida la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio en instituciones sanitarias públicas, diferentes sentencias judiciales han consolidado la obligatoriedad de la colegiación. La Administración ha trabajado en una nueva Ley de Colegios Profesionales que actualizaría el proceso de la colegiación. Sin embargo los diferentes borradores, parones y discusiones entre profesiones han puesto de manifiesto la dificultad de regular con un mismo patrón diferentes profesiones (médicos, abogados, ingenieros, arquitectos, etc.); no parece probable, al menos de inmediato, que esta Ley obtenga el consenso necesario para su aprobación. Por otro lado el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio (BOE del jueves 14 de agosto de 2014) regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios lo que, por primera vez, facilitará, entre otras cosas, la necesaria planificación de los profesionales. Este registro Estatal se nutrirá por la confluencia de diferentes accesos provenientes de registros específicos existentes, siendo el de los Colegios el más importante. Aunque *sensu estricto* el registro Estatal no debería ser una credencial de regulación propia de las profesiones si es cierto que en el caso de que se convierta en un requisito necesario para el ejercicio podría convertirse de algún modo en un proceso regulador.

Podemos decir que en España la regulación actual “de entrada” para el ejercicio médico requiere disponer del título universitario de médico, en su caso homologado por la administración, y estar colegiado en un Colegio Oficial de Médicos. En la actualidad y hasta que el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios no se haya constituido y desarrollado, sólo la “Colegiación” es de facto el único registro público de estos profesionales. En otros países se diferencian otros procesos como es la inscripción en un colegio o sociedad médica, y la licencia para ejercer que proporciona un registro más fiable de los médicos en activo.



Regulación periódica

Por regulación periódica se entiende cualquier proceso que de forma sistematizada y con carácter periódico permita al médico obtener una credencial que acredite su actualización o competencia para la práctica de la medicina. Dicha credencial, voluntaria u obligatoria, tiene como primer fin asegurar a la ciudadanía que los médicos en activo cumplen los requisitos o estándares establecidos por la propia profesión, pero además ofrecen al médico la garantía, frente a cualquier demanda, que su actualización de competencias está contrastada según unos estándares definidos previamente y supervisada por una instancia pública.

Actualmente en España sólo cumple estos criterios la credencial denominada *Validación Periódica de la Colegiación* (VPC), aprobada por unanimidad por los Colegios Oficiales de Médicos en el seno del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), con carácter inicialmente voluntario, y en fase de implantación progresiva después de que se hubiese pilotado en tres Colegios, Granada, Soria y Valladolid. Actualmente el CGCOM ha aprobado su obligatoriedad a partir del 2016.

En general, en los países en los que se requiere la *licencia* para el ejercicio profesional activo, a la regulación periódica se conoce como relicencia. Sin embargo debe tenerse presente la complejidad terminológica y la falta de equivalencia de términos parecidos con significados diferentes en un u otro país. Así, en algunos países a la relicencia la denominan recertificación, término que en principio implica la reevaluación de la competencia específica de un médico especialista.



2.3. ¿Quién puede y quién debe hacerlo?

La capacidad de regular la profesión médica puede, recaer total o parcialmente, en tres instancias: i) el gobierno a través de diferentes organismos de la administración, ii) la profesión médica ejerciendo lo que se conoce como autorregulación y iii) terceras partes entre las que se debe tener en cuenta tanto al empleador como al poder judicial. Sin embargo, debe considerarse, como forma con características diferenciadas, la co-regulación o regulación compartida, ya que la participación de dos instancias, la profesión y la administración, en la regulación médica puede desarrollar matices de mayor riqueza y fuerza en el objetivo final que no es otro que el de asegurar a la ciudadanía la mejor atención posible en cada lugar y cada momento.

El gobierno como agente regulador

En un estado democrático como el español el gobierno central desde sus estructuras ministeriales y los gobiernos autonómicos desde sus consejerías disponen, en el marco de sus competencias, de capacidad para legislar sobre un marco que tiene transferidas en su mayor parte sus competencias sanitarias a las CC.AA. Cabe destacar que la salud es un bien que nuestra sociedad ha asimilado plenamente en el estado del bienestar y la ciudadanía lo demanda con contundencia. Este hecho es relevante tanto en cuanto por una parte ha dado argumentos a los políticos para velar y prometer a la ciudadanía que mantendrá y mejorará el sistema de salud y por otra parte ha dado alas a las administraciones para intervenir directamente en la organización del sistema sanitario así como en la regulación de los profesionales de la salud en general y en la de los médicos en particular. Debe entenderse sin rechazo de ningún tipo que el gobierno tiene y debe asumir la potestad¹⁵ en la regula-

¹⁵ En Derecho romano se entiende por *potestas* el poder socialmente reconocido. Ostenta la *potestas* aquella autoridad, en el sentido moderno de la palabra, que tiene capacidad legal para hacer cumplir su decisión. El concepto se contrapone al *auctoritas* o *saber* socialmente reconocido.



ción profesional de los médicos que el sufragio democrático de la ciudadanía le otorga si bien debe ampararse en los instrumentos institucionales que sustenten la autoridad¹⁶ moral sobre el conocimiento de la medicina.

El estado, garante del bien común, tiene la responsabilidad de asegurar a la ciudadanía un sistema sanitario de calidad en el que los médicos son uno de los ejes principales. Por tanto, asegurar la competencia profesional de los médicos es una responsabilidad que el gobierno, a través de las diferentes administraciones, debe asumir. Otra cosa es el “cómo” las administraciones deben asumir esta responsabilidad. Básicamente la función reguladora puede ejercerla directamente o bien delegándola o compartiéndola. De hacerlo directamente, quizá con una visión paternalista o simplemente por convicción de responsabilidad, podrá incurrir en la sustracción de capacidades y derechos de la profesión; dicho de otro modo, la excesiva intervención de la administración como agente regulador podría ejercer como agente desprofesionalizador. En cualquier caso el espíritu de la Unión Europea está basado en el principio de subsidiariedad que el estado no debería soslayar.

Por lo general se admite en el ámbito internacional, diferente del marco español actual, que el gobierno ejerce la regulación profesional a través de tres procesos, regular la calidad, la certificación¹⁷ y la licencia¹⁸. Un proceso mediante el cual el gobierno

16 En Derecho romano ostenta la *auctoritas* aquella personalidad o institución, que tiene capacidad moral para emitir una opinión cualificada sobre una decisión. Si bien dicha decisión no es vinculante legalmente, ni puede ser impuesta, tiene un valor de índole moral muy fuerte. El término es en realidad intraducible, y la palabra castellana “autoridad” apenas es una sombra del verdadero significado de la palabra latina. El concepto se contrapone al de *potestas* o *poder* socialmente reconocido.

17 Certificación: credencial individual conseguida por un médico, generalmente voluntaria, emitida por un ente certificador que garantiza, tras su comprobación, su cualificación para realizar un trabajo o tarea en base a unos estándares previamente definidos.

18 Licencia: credencial individual por el cual un organismo, del gobierno o delegado por éste, concede permiso a un médico para ejercer su actividad profesional tras comprobar que el solicitante ha alcanzado el nivel de competencia previamente establecido; la licencia se basa en la acción de un cuerpo legislativo, una vez aprobado se convierte en un proceso obligatorio, y es un proceso regulador de la profesión.



podría mantener la calidad de la asistencia podría basarse en retener con subvenciones los mejores profesionales en el sistema sanitario incluso si persistiera la selección adversa¹⁹. Por desgracia, este esfuerzo no garantizaría que la atención sanitaria real fuera de mayor calidad por el riesgo moral²⁰. Otro proceso a considerar por el gobierno sería el de sancionar a los proveedores cuya calidad no superara los mínimos estándares establecidos²¹; esta posibilidad no es considerable en el marco de la provisión sanitaria de nuestras CC.AA. en las que mayoritariamente el primer proveedor, o incluso el único, es la propia administración. En cualquier caso estas aproximaciones a la regulación profesional requieren de un organismo regulador independiente que evite la captura y sea capaz de hacer lo que los consumidores, los pacientes, no pueden hacer: evaluar la calidad y señalar los potenciales clientes²². Aún aceptando una serie de medidas elementales parece difícil imaginar la regulación eficaz de la calidad desde el gobierno.

Mediante la certificación y la licencia se puede regular distintos periodos de formación (el grado, la formación especializada, las áreas de capacitación específica, actividades de formación continuada, los diplomas de acreditación y otros diplomas), los

19 *Selección adversa*: término utilizado en economía, seguros, gestión de riesgos, y estadística, que se refiere al proceso de mercado en el que ocurren resultados no deseados como consecuencia de la información asimétrica entre comprador/vendedor.

20 Riesgo moral: concepto económico que describe las situaciones en las que un individuo conoce las consecuencias de sus acciones y sin embargo son otras personas las que soportan las consecuencias de los riesgos asumidos. El riesgo moral informa cómo los individuos asumen mayores riesgos cuando las posibles consecuencias negativas de sus actos no son asumidas por ellos, sino por un tercero. Existe riesgo moral cuando una persona tiene una mayor información acerca de sus propias acciones que el resto de los individuos (información asimétrica). El riesgo moral reduce la capacidad del mercado para asignar eficientemente el riesgo.

21 Dingwall, R. and Fenn, P. T., 1987, A Respectable Profession? Sociological and Economic Perspectives on the Regulation of Professional Services, *International Review of Law and Economics* 7, 51-64.

22 Stephen, F. and Love, J., 1999, Regulation of the Legal Profession, in *Encyclopedia of Law and Economics*, Ghent, University of Ghent, 987-1017.



períodos obligatorios de capacitación, y los requisitos en el rendimiento profesional. Respecto a la capacidad para otorgar certificaciones o la licencia, debe admitirse que el gobierno tiene las mismas posibilidades de hacerlo que las que tiene una institución privada o una institución con capacidad delegada. En cualquier caso una administración pública de progreso y por tanto especialmente preocupada en la utilización de los recursos públicos no debería olvidar el principio de subsidiariedad y que, por tanto, su primera responsabilidad no es tan solo hacer las cosas bien sino principalmente asegurar que se haga bien lo que deba hacerse por parte de quien sepa hacerlo²³.

La diferencia entre la licencia y la autorregulación es que mientras que las normas son emitidas en ambos casos por la autoridad pública (las organizaciones colegiales son entidades de derecho público) la entrada y el rendimiento profesional son regulados por el estado en el primer caso (eventualmente delegados a un organismo independiente de regulación profesional) y por la profesión en el segundo caso. La consecuencia es que la autorregulación promueve asociaciones profesionales potentes, socialmente aceptadas, mientras que las licencias no. Recordemos que, entre otros aspectos, son claves en la transformación de una ocupación en una profesión la capacidad auto-reguladora y la capacidad de negociar de forma decisiva la remuneración de la actividad profesional. Son clásicos dos argumentos en contra de la concesión de licencias por parte de las administraciones y por lo tanto favorables a la autorregulación: i) la licencia no resuelve el problema de la información asimétrica, porque ni el gobierno ni un organismo privado independiente de regulación profesional tienen un conocimiento mejor de la calidad del servicio que presta la profesión, que la propia profesión. ii) la licencia adolece de la flexibilidad necesaria para adecuarse a los

23 A. Gual. 2012. Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida. Fundación Educación Médica. Barcelona.



dinámicos y cambiantes procesos de la atención sanitaria donde la innovación es un factor permanente e importante²⁴.

La autorregulación

Como regulador, la profesión dispone de la capacidad e información necesaria para extraer de los mercados los indicadores de los *Bienes de confianza*, los denominados *Credence goods*, esto es, aquellos bienes en los que el consumidor deposita toda su confianza en la acción del profesional al que ha acudido²⁵. Sin embargo la profesión, al actuar como regulador, debe proceder con la transparencia necesaria, no siempre fácil, para obviar que sea señalada de propiciar la captura, esto es, la posibilidad de que grupos profesionales influencien al gobierno para que dicte leyes que beneficie a la propia corporación. A pesar de este riesgo la autorregulación es habitual en diferentes profesiones y países. No hay que olvidar el contrato tácito entre la profesión y la ciudadanía que disminuye el ya definido riesgo moral (ver pie de página 18). Para favorecer la transparencia de la autorregulación deben implementarse cuantas salvaguardias sean necesarias para garantizar que la profesión no opera como un cártel. Un aspecto positivo de la autorregulación es la reducción de los costes en la obtención de la información de los profesionales lo que de alguna manera compensaría potenciales pérdidas de la actuación tipo cártel²⁶.

24 Miller, J., 1985, The FTC and Voluntary Standards: Maximizing the Net Benefits of Self-Regulation, *The Cato Journal* 4, 897-903.

25 *Bienes de confianza o Credence goods*: son bienes donde es muy difícil que el consumidor compruebe el nivel de calidad que le han proporcionado tanto ex ante o durante la prestación del servicio, como ex post y responden a las características de los servicios profesionales cuyo ejemplo paradigmático son los servicios sanitarios.

26 Ogas, A. 1995, Rethinking Self-regulation, *Oxford Journal of Legal Studies* 15, 97-108.



Hemos visto como la autorregulación soluciona el problema de la información asimétrica, sin embargo también hemos considerado la importancia de la transparencia para evitar posibles acciones de defensa corporativa. Para afrontar este problema y dar valor a la autorregulación los médicos y la profesión debe enfatizar cuestiones²⁷ como: i) Informar al paciente y a la ciudadanía con exhaustividad y total transparencia evitando cualquier sombra de obtener beneficio de la información asimétrica. ii) Utilizar los recursos de forma eficiente y honrada teniendo especial cuidado en no solicitar ni inducir la demanda de pruebas o tratamientos innecesarios. iii) Informar al paciente para que disponga de los elementos necesario para emitir su juicio y que ni acepte ni solicite pruebas o tratamientos innecesarios. iv) Facilitar los procesos tanto de control como de cumplimiento de normas de calidad y en especial los encaminados a poner en evidencia la negligencia médica evitando así cualquier sombra de colusión. v) Tarifar los servicios asistenciales dentro del rango consensuado entre los organismos profesionales, los proveedores asistenciales y las aseguradoras y en ningún caso no tarifar sus servicios por encima de la prima de confianza.

Para finalizar este apartado sobre la autorregulación es necesario remarcar la importancia de los servicios profesionales en el sector sanitario y retomar el concepto de *bienes de confianza*. Si el estado del bienestar ha entrado en crisis y las redistribuciones presupuestarias han afectado directamente al sector sanitario, lo que se ha dado en llamar *recortes*, es posible que se produzca

27 Leffler, K. B., 1978, Physician Licensure: Competition and Monopoly in American Medicine, *Journal of Law and Economics* 21, 165-186.

Klein, B. and Leffler, K. B., 1981, The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance, *Journal of Political Economy* 89, 615-641.

Carr, J. and Mathewson, G. F., 1988, Unlimited Liability as a Barrier to Entry, *Journal of Political Economy* 96, 766-784.

Van den Bergh, R. and Faure, M., 1991, Self-Regulation of the Professions in Belgium, *International Review of Law and Economics* 11, 165-182.

Miller, G. And Macey, J. R., 1995, Reflections on Professional Responsibility in a Regulatory State, *George Washington Law Review* 63, 1105-1120.



una involución primero en la calidad y después en la confianza y debemos prever, si se llega a este punto, una degradación de la confianza de la sociedad tanto en el sistema sanitario como en la profesión médica. Hay evidencias de que en dicha degradación la ciudadanía es capaz de distinguir entre los gestores del sistema y los profesionales. En el momento económico de crisis que padecemos en el que no solo se producen recortes en el sistema sanitario sino reformas, o intentos, de calado es necesario plantear si los bienes de confianza, cuyo paradigma es la atención prestada por los médicos, se verán afectados. Dicho de otro modo, sólo el control profesional puede garantizar a la ciudadanía los estándares de calidad y confianza posibles y deseables que pueden verse comprometidos como consecuencia de la crisis y plasmados en una falta en el cuidado de la calidad. Un ejemplo puede ilustrar la situación: un paciente/ciudadano confía su salud a un profesional del que espera la mejor de las atenciones posibles en un lugar y momento determinado. Y el médico cumple con la mejor actuación profesional aunque no consigue restituir la salud esperada por el paciente y por el propio médico. Si el profesional no dispone de la credibilidad del paciente podría encontrarse en entredicho, pero esto no sucederá si las organizaciones profesionales, fundamentalmente los colegios cubren la brecha entre el cliente/paciente y el médico aportando certidumbre y credibilidad sobre la actuación profesional del médico. Calidad y confianza son valores sustanciales de los servicios profesionales y en particular del acto médico que quedan a recaudo cuando la regulación profesional la ejerce la profesión con las garantías y transparencia necesarias.

La regulación por terceros incluidas la vía judicial y el empleador

Se han propuesto alternativas, más teóricas que prácticas, a la regulación profesional. Una propuesta son las agencias indepen-



dientes informadas, entre otros medios, por frequentadores del sistema sanitario²⁸. También se ha sugerido la libre competencia con normas de responsabilidad adecuadas²⁹.

La vía judicial no debe considerarse como un tipo de regulación al uso aunque en alguna ocasión puede convertirse en una vía de regulación por terceros. Tiene interés dejar claro algunos puntos positivos y negativos de esta vía. De alguna forma la intervención judicial debe preocupar no solo a las partes en litigio (médico/paciente) sino a los responsables institucionales principales de la regulación (profesión/administración) ya que pone en evidencia que los mecanismos reguladores implementados no han dado el resultado previsto.

Ha habido propuestas que relacionan la regulación efectiva de los servicios profesionales con el uso de los litigios. En los EEUU el gran número de litigios ha permitido a los litigantes utilizar su influencia financiera para forzar cambios de carácter normativo y limitar el oportunismo profesional. Si no existe una regulación apropiada de los servicios profesionales, el litigio puede generar una transferencia de riqueza desde la profesión (causante de lesiones) al consumidor (el paciente) y convertirse en un sustituto de la regulación³⁰.

En cualquier caso hay objeciones importantes al uso del litigio como una manera de estimular una regulación efectiva, especialmente en el sistema sanitario: i) Los pacientes no tienen la información adecuada para el análisis de si una conducta mé-

28 Stephen, F. and Love, J., 1996, Deregulation of Legal Services in the UK: Evidence from Conveyancing, Hume Papers on Public Policy 4, 53-66

29 Van den Bergh, R. and Faure, M., 1991, Self-Regulation of the Professions in Belgium, *International Review of Law and Economics* 11, 165-182;
Miller, G. and Macey, J. R., 1995, Reflections on Professional Responsibility in a Regulatory State, *George Washington Law Review* 63, 1105-1120.

30 Viscusi, W. K., 2002, Overview, in *Regulation through Litigation*, Washington, DC, AEI-Brookings Joint Center for Regulatory Studies.



dica es negligente, imprudente o si hay una mala práctica profesional. Por lo tanto el litigio sería, generalmente, un sustituto de la regulación de inferior categoría. ii) Los pacientes pueden ser oportunistas al presentar una demanda. iii) Los litigios no pueden crear los incentivos adecuados para mejorar la eficiencia de los servicios profesionales ya que, por lo general, tienen como objetivo proporcionar una compensación. iv) En el contexto de la salud los litigios no restauran la lesión por lo que no suelen ser útiles para lograr la distribución eficiente del riesgo.

Hay que dejar constancia de que en el contexto de la negligencia médica existen diferentes controversias adicionales sobre la eficacia reguladora de los litigios³¹. Los médicos en las zonas con mayor presión sobre la negligencia tienden a usar más la medicina defensiva³². De hecho, hay un debate abierto entre los economistas respecto a qué normativa de responsabilidad se debería aplicar tanto a médicos como organizaciones sanitarias para mejorar la eficiencia del sistema, y la mayoría coincide en que reformas en la responsabilidad civil y en la actividad profesional del cuidado del paciente pueden ser elementos sustitutivos de la regulación al incentivar la mejora en la práctica profesional³³.

31 Kessler, D., and McClellan, M., 1996, Do Doctors Practice Defensive Medicine?, Quarterly Journal of Economics 111, 353-390;

Kessler, D., and McClellan, M., 1997, The Effects of Malpractice Pressure and Liability Reforms on Physicians' Perceptions of Medical Care, Law and Contemporary Problems 60, 81-106;

Kessler, D. and McClellan, M., 2002, Malpractice Pressure, Managed Care, and Physician Behavior, in Regulation through Litigation, Washington, DC, AEI-Brookings Joint Center for Regulatory Studies;

Kessler, D. and McClellan, M., 2002, Malpractice Law and Health Care Reform: Optimal Liability Policy in an Era of Managed Care, Journal of Public Economics 84, 175-197.

32 Olsen, R. N., 2000, The Efficiency of Medical Malpractice Law: A New Appraisal, Research in Law and Economics 19, 247-273.

33 Danzon, P. M., 1997, Tort Liability: A Minefield for Managed Care?, Journal of Legal Studies 27, 491-519;

Kessler, D. and McClellan, M., 2002, How Liability Law Affects Medical Productivity, Journal of Health Economics 21, 931-955;

Continúa en la siguiente página



Aunque tampoco sea un regulador al uso hay otra instancia que también puede actuar como ente regulador, el empleador, especialmente en sistemas sanitarios muy centralizados en el que hay un solo empleador o en los que uno de los empleadores es mucho mayor que el resto en relación a la oferta de empleo. En principio, el empleador decide qué tipo de personal necesita para cubrir sus necesidades y por tanto, de forma explícita o implícita, puede marcar el camino del tipo de profesional que va a ser contratado o del que no va a serlo.

La co-regulación o regulación compartida

No es necesario insistir que tanto la regulación por parte del gobierno como la autorregulación presentan aspectos positivos y aspectos negativos. Por ello parece idóneo que ambas estructuras aporten sus puntos fuertes y aparquen sus particularidades o debilidades. El fin último que pretenden ambas instituciones es el mismo: asegurar a la ciudadanía la mejor atención posible en cada lugar y momento. No se trata de regular por regular. No se trata de generar una carrera de obstáculos que el médico deberá sortear a lo largo de su profesión, antes al contrario, se trata de facilitar el camino de los profesionales para que su formación y competencia esté en sintonía con las necesidades de la población, del ciudadano.

El gobierno, utilizando su instrumento natural, la administración, debe rendir cuentas a la ciudadanía de la atención que presta el sistema sanitario no solo público sino también el privado. Pero el gobierno no solo dispone de la administración

Continuación

Agrawal, G. B. and Hall, M. A., 2003, What if You Could Sue Your HMO? Managed Care Liability Beyond the ERISA Shield, *St. Louis University Law Journal* 47, 235-312;
Arlen, J. and MacLeod, B., 2003, Torts, Expertise and Authority: Liability of Physicians and Managed Care Organizations, *New York University Law Review* 78, 1929-2006.





como instrumento, sino que, además, dispone de otros instrumentos entre los que destaca las denominadas “Corporaciones de Derecho Público³⁴”, y de las que son paradigma los Colegios de médicos. El gobierno no puede renunciar a lo que hemos denominado la *potestas*; sin embargo, no tiene ni debe desarrollar ni acumular competencias que poseen otras instituciones; hacerlo es caro e ineficiente. Por su parte el mundo profesional, al que nadie le puede discutir la *auctoritas*, debe extremar sus mecanismos de control y esforzarse en la máxima transparencia para legitimar sus actuaciones e impedir toda sombra de captura o colusión, y mantener la relación médico paciente como el más preciado de los bienes de confianza.

Las formas de regulación compartida no pueden importarse ni remedarse dado que cada país tiene estructuras administrativas diferentes, sistemas sanitarios con características propias y organizaciones profesionales distintas. Un ejemplo válido de regulación profesional con acreditado recorrido es el General Medical Council³⁵ (GMC), fundado por la *Medical Act* en 1858

34 *Corporaciones de derecho público*. Son personas jurídicas que adoptan forma asociativa, creadas, no por un pacto, sino por una ley que determina sus fines, estructura y funcionamiento. A pesar de su denominación, están sujetas al Derecho privado, si bien en algunos aspectos pueden quedar sujetas al Derecho Administrativo, ya que sus titulares pueden desempeñar, por atribución del Ordenamiento o delegación expresa de la Administración, ciertas facultades de orden administrativo sobre sus propios miembros. Defienden los intereses, económicos o profesionales, de sus miembros. Se sostienen con las aportaciones, cuotas y derramas de sus miembros, que no tienen carácter de exacciones públicas. La pertenencia a estas corporaciones es obligatoria para todos aquellos que pretendan ejercer determinados derechos (p. ej., el ejercicio de una profesión en el caso de los colegios profesionales). La cualidad de miembros se determina en base a una condición objetiva, relacionada con el fin corporativo de que se trate: p. ej., una cualidad profesional (V. Colegios Profesionales), la cualidad de comerciante o industrial (Cámaras de Comercio, Industria y Navegación), regante de un aprovechamiento colectivo de aguas públicas (V. comunidades de regantes), etc. (Enciclopedia Jurídica, versión 2014), Consultado el 12/03/2014: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/corporaciones-de-derecho-publico/corporaciones-de-derecho-publico.htm>

35 <http://www.gmc-uk.org/index.asp> [revisado el 1 de setiembre de 2013]



y revisado en diferentes ocasiones siendo la última de 1983, y cuyo propósito es proteger, promover y mantener la salud y seguridad de la población, garantizando los estándares adecuados en la práctica de la medicina. Sus funciones más relevantes son: i) mantener al día los registros de médicos calificados, ii) fomentar la buena práctica médica, iii) promover un alto nivel de la educación médica y la formación, y iv) actuar con firmeza y justicia con los médicos cuya aptitud para la práctica está en duda. No es éste el lugar para revisar la estructura del GMC pero vale la pena incidir solamente en la independencia y transparencia de la Institución garantizada por la estructura paritaria de su Consejo de gobierno compuesto por 12 miembros, 6 nombrados por las Cámaras de representantes y 6 médicos registrados en el GMC.

No es una falta de respeto decir que las Agencias gubernamentales de nuestro país, cuyo funcionamiento es más que meritorio por el esfuerzo de sus miembros, no son lo independientes que debieran. Valga como ejemplo un Patronato, el de ANECA³⁶, paradigma de la falta de fe en la sociedad civil o de voluntad intervencionista del Gobierno.

36 Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Patronato: El Ministro de Educación, Cultura y Deporte, la Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades, el Secretario General de Universidades, el Subsecretario de Educación, Cultura y Deporte, el Director General de Política Universitaria, la Secretaría de Estado de Investigación, la Subsecretaría de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Subsecretaría de Hacienda y Administraciones Públicas, y nombrados por el Ministro tres rectores, tres representantes entre los responsables de la enseñanza universitaria en los Consejos de Gobierno de las Comunidades Autónomas y tres estudiantes elegidos entre los miembros del Consejo de Estudiantes Universitario del Estado.



2.4. ¿Cómo se regula? ¿Con qué procesos o instrumentos se puede y debe regular?

Revisadas ya las preguntas de *cuándo* y *quién* regula estamos en condiciones de considerar los diferentes instrumentos normativos que aplicados por un regulador u otro permiten llegar al fin último de la regulación, esto es, la salvaguarda de la atención sanitaria que recibe el paciente. Modificando el esquema del trabajo ya citado de N. Garoupa³⁷ podemos resumir que todos los instrumentos de regulación, escenificados de diferente forma, se basan en definir las condiciones exigibles en un momento u otro (antes, durante, periódicamente, etc.) del ejercicio profesional. Dicho de otro modo, los instrumentos de regulación se basan en restringir el ejercicio profesional (totalmente, parcialmente, temporalmente) si no se cumplen unas condiciones previamente definidas. Estas condiciones (o restricciones) se pueden agrupar en:

- De entrada (derechos de monopolio profesional)
- De promoción, publicidad y otros medios de la competitividad
- Sobre los contratos y honorarios profesionales
- Sobre las formas de organización, y
- Sobre la actuación profesional (conducta y competencia)

De entrada (derechos de monopolio profesional)

El capítulo 2.2., *Cuándo se regula*, se ha referido ya a los procedimientos de entrada a la profesión, pero sin duda los procesos periódicos son la piedra de toque de la regulación profesional. Por ello, no abordaremos en profundidad en este apartado los procedimientos de entrada, tanto los ejercidos por el gobierno/administración como los ejercidos por la profesión y especialmente

37 Nuno Garoupa, Regulation of legal and medical professions in the US and Europe: A comparative analysis. Documento de Trabajo 2006-11 de FEDEA



por los colegios oficiales de médicos (unos y otros se comentarán en el apartado de la regulación profesional en España) y se considerarán con mayor profundidad los procesos periódicos.

Son dos las condiciones o requisitos básicos que se consideran en la entrada: la formación (diploma de grado, de especialidad, etc.) y la acreditación de un periodo de prácticas tuteladas. Estas condiciones las puede ejercer tanto el gobierno como un organismo profesional y pueden establecerse sobre diferentes niveles: i) sobre el contenido curricular de los planes de formación, ii) sobre las organizaciones docentes, universitarias o asistenciales³⁸, y iii) sobre los procesos de evaluación de los candidatos después de cada periodo de formación o a la entrada del periodo siguiente y, eventualmente someter la admisión en alguno de los periodos a un proceso de *numerus clausus*.

La CEE primero y actualmente la CE se ha ocupado de la cuestión de acceso a las profesiones y especialmente de que los profesionales capacitados en un Estado miembro sean reconocidos como miembros de pleno derecho de la profesión en otro estado. La libre circulación de profesionales en la CE no exime de cumplir los requisitos de certificación o licencia que se exigen a los profesionales del propio país. La legislación Europea es extensa pero deben recordarse dos directivas y sus correspondientes modificaciones o actos relacionados, la Directiva 93/16/CEE³⁹ del Consejo de 5 de abril de 1993 y la Directiva 2005/36/

38 Shepherd, G. B., 2000, Cartels and Controls in Legal Training, Antitrust Bulletin 45, 437-466

39 Directiva 93/16/CEE del Consejo de 5 de abril de 1993 destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos; ha sufrido diferentes actos modificativos en las Directivas 97/50 CE, 98/21 CE, 1999/46 CE, 2001/191 CE, 2006/100 y el Reglamento 1882/2003. Esta Directiva tiene por objetivo facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios por parte de los médicos. Esta Directiva ha sido sustancialmente derogada y reemplazada por la Directiva 2005/36/CE el 20 de octubre de 2007.



CE⁴⁰ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, así como la Directiva 2013/55/UE⁴¹ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, que modifica la anterior.

De promoción, publicidad y otros medios de la competitividad

La actividad profesional de la medicina hasta bien entrado el siglo XX era, junto a la abogacía, uno de los paradigmas de las profesiones liberales. Sin embargo incluso los profesionales que no trabajan en la sanidad pública lo hacen mayoritariamente en organizaciones sanitarias, mutualidades o verdaderas empresas del sector. Este importante cambio en la actividad laboral también condiciona los medios de promoción, publicidad y estímulo de la competitividad de los médicos. Es mucho más probable que se publicite una institución, organismo o empresa que un médico y en cuanto a la promoción y los estímulos de la competitividad de los médicos los encontraremos antes en el entorno institucional o empresarial que frente a la ciudadanía. Todo ello le ha restado, en parte, importancia a estos medios como mecanismo efectivo de regulación profesional. Sin embargo es un hecho que algunas instituciones se pueden anunciar o promocionar con un nombre

40 Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales; ha sufrido diferentes actos modificativos en las Directrices 2006/100/CE, el Reglamento CE 1137/2008 y la Decisión 2007/172/CE. La presente directiva establece un régimen de reconocimiento de las cualificaciones profesionales, para favorecer la flexibilidad de los mercados laborales, conseguir una mayor liberalización de la prestación de los servicios, fomentar una mayor automatización en el reconocimiento de las cualificaciones y simplificar los procedimientos administrativos.

41 Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»).



propio. Desde la perspectiva de la ciudadanía los condicionantes de la publicidad no deberían diferir de los que se aplica a otros bienes y servicios. En la era de la tecnología de la información y comunicación no parece que respecto a la información sobre los médicos se deba poner restricción alguna siempre que se ofrezca al ciudadano una información relevante y fiable. Sin embargo los colegios profesionales no apoyan la publicidad argumentando que la comercialización de la medicina pone en peligro la integridad y la responsabilidad ética de la profesión. Es mayoritaria en el sector profesional la idea de que la competencia, la rivalidad, es contraria a la dignidad de la profesión.

Se distinguen dos tipos de publicidad, la publicidad de precios y la publicidad de calidad siendo la primera más controvertida que la segunda. Cuando la información sobre el precio es más fácil de obtener que la información sobre la calidad, la publicidad de los precios podría desalentar la competencia de calidad, condicionando, aún sin buscarlo, una degradación de la calidad de la asistencia prestada a la población⁴². Afortunadamente, la publicidad sobre la calidad es mucho más común que la publicidad de precios.

La publicidad en medicina está regulada en la mayoría de los países encontrándose jurisdicciones poco restrictivas, Estados Unidos y el Reino Unido, frente a otras más restrictivas, Alemania y Portugal. España donde la publicidad está permitida, siempre y cuando no transmita información falsa o desprestigie a la profesión médica, se encontraría en una posición intermedia. La presión de la publicidad a través de diferentes medios de comunicación, internet y las redes sociales ha propiciado que los colegios profesionales emitan nueva documentación y posicionamiento al respecto como protección de los pacientes y de la ciudadanía en general. Es difícil justificar que en algunos países no se permite a

42 Cave, M., 1985, Market Models and Consumer Protection, *Journal of Consumer Policy*, 335-351.



los médicos anunciarse y sin embargo se autoriza a instituciones u organizaciones sanitarias la publicidad de la calidad o el precio.

Sobre los contratos y honorarios profesionales

Poner condiciones o restricciones a los contratos y a los honorarios de los médicos es un procedimiento directo de controlar las primas de los seguros sanitarios y por tanto un proceso de regulación de los médicos. Los honorarios pueden estar sujetos al control de la propia profesión, al control de los tribunales o del gobierno en el caso de que existan los baremos de honorarios obligatorios. En la mayoría de países los baremos obligatorios se han transformado en recomendaciones aunque hay países como Alemania con baremos obligatorios dictados por el gobierno. En realidad la variedad es importante y podemos encontrar los tres tipos de control de contratos y honorarios en diferentes países. En los países con un sistema público de salud fuerte, lo que cada vez es más frecuente, el control de los contratos y honorarios profesionales está en manos del gobierno/administración.

Fijar precios es una condición muy restrictiva e intervencionista que cada vez es menos frecuente. Hay dudas razonables sobre si realmente es un proceso que estimule la calidad de la actuación profesional y, en cualquier caso, no lo es siempre ni para todas las profesiones sino que se requiere que se cumplan determinadas condiciones⁴³. Por otra parte recomendar una horquilla de honorarios siempre es complejo y puede sugerir una conducta tipo cártel⁴⁴.

43 Maks, J. A. H. and Philipsen, N. J., 2002, An Economic Analysis of the Regulation of Professions, in The Regulation of Architects, Antwerpen, Intersentia.

44 Shinnick, E. and Stephen, F., 2000, Professional Cartels and Scale Fees: Chiselling on the Celtic Fringe?, International Review of Law and Economics 20, 407-423.
Stephen, F., 2003, An Economic Perspective on the Regulation of Legal Service Markets, Evidence submitted to the Justice 1 Committee's Inquiry into the Regulation of the Legal Profession.



Alemania, Portugal y Holanda son los países europeos que tienen el mercado menos competitivo respecto a los honorarios médicos. Sin embargo, la mayoría de los países europeos tienen servicios nacionales de salud fuertes que restringe con mucha eficacia la competencia de honorarios. No ocurre lo mismo en los Estados Unidos donde los honorarios se negocian libremente.

Una posibilidad es que las organizaciones profesionales, fundamentalmente los colegios, pero también instituciones sanitarias, gestionen las aportaciones del gobierno para atender a la ciudadanía. El gasto de los servicios nacionales de salud han crecido rápidamente en la mayoría de los países y no precisamente porque se hayan incrementado los salarios de los médicos sino por la mayor demanda, cualitativa y cuantitativa, de los servicios sanitarios. A pesar de que las aportaciones o salarios gubernamentales son generalmente inferiores a las tarifas consensuadas por la profesión, el respaldo y participación de las instituciones profesionales en el destino de las aportaciones gubernamentales se podría utilizar como una forma de atraer a los ciudadanos/pacientes a los sistemas públicos de salud. Sin embargo, los profesionales piensan que los subsidios del gobierno pueden terminar generando una oferta de servicios insostenible.

Sobre las formas de organización

La manera de organizar las estructuras profesionales está en la mayor parte de los países regulada por diferentes leyes generales que afectan a diferentes profesiones o leyes particulares que afectan a una profesión concreta. El gobierno español ha estado trabajando en un anteproyecto de ley de servicios y colegios profesionales que, ha pesar de haber llegado a una fase de elaboración muy avanzada, no parece que haya logrado un consenso entre los diferentes profesiones reguladas.



Las condiciones o restricciones que con mayor frecuencia se imponen a las organizaciones profesionales son de dos tipos. Por una parte condiciones o restricciones de acceso a la organización profesional, esto es, de quienes y cómo se pueden incorporar, y por otra parte las condiciones o restricciones que se refieren a la función de la organización, separando entre las funciones evaluadoras o de diagnóstico del problema y las funciones ejecutivas.

Sobre la actuación profesional (conducta y competencia)

Regular sobre la actuación profesional, ya sea desde la profesión o desde el gobierno/administración, es sinónimo de *evaluar*. Este acto, *evaluar*, en cualquier caso es complejo y comprende tres sub-acciones definidas por tres verbos: medir, comparar y decidir.

Para medir se requiere el instrumento o los instrumentos adecuados. Para comparar se necesita una referencia, unos estándares, que en este caso y como mínimo serán de dos tipos o niveles: estándares de conducta profesional (ética y deontología médica), y estándares de competencia profesional. Para decidir se necesita una voluntad política, consensuada por las partes, y que bien podríamos sublimar en la acción de otorgar o no una credencial. No es baladí tener presente que este proceso genera diversos costes que según Ogus⁴⁵ incluyen los costes administrativos, los costes de cumplir con la obligaciones pactadas y los costes de oportunidad (dado que la conducta oportunista estará restringida). Posiblemente sean los propios profesionales los que no solo tengan mayor interés en reducir estos costes sino que

⁴⁵ Ogus, A., 1994, Regulation: Legal Form and Economic Theory, Oxford, Oxford University Press, page 216.



estén en la mejor posición para hacerlo. La definición de normas y estándares no puede realizarse sin la intervención de los profesionales por lo que difícilmente deberían producirse desacuerdos entre el gobierno y el mundo profesional respecto a la aceptación y la observación de las normas de conducta⁴⁶. Dicho de otra forma, a lo que la regulación de la profesión médica interesa y específicamente respecto a *la actuación profesional (conducta y competencia)*, no es posible “medir”, “comparar” y “decidir” sin la intervención de los profesionales.

Es evidente que la regulación a través de la conducta profesional no es un problema en los mecanismos de entrada en la corporación profesional, aceptados por todas las partes y fáciles de definir (salvo algunas dificultades en el reconocimiento de títulos extracomunitarios), sino en los mecanismos de salida (de exclusión) de la misma. Es un hecho, seguramente esperado, que la regulación de salida de la corporación profesional a través de la conducta profesional puede llegar a ser compleja y no demasiado rigurosa. Por si fuera poco la defensa corporativa hay que añadir que los tribunales siguen confiando en exceso en la profesión. No es fácil para los jueces decidir sobre la negligencia médica o la mala praxis si no se dispone de *buenos* peritos que, forzosamente, pertenecerán al mundo profesional. Sin embargo, la evidencia muestra un incremento mayor en el número de acciones disciplinarias por conductas inadecuadas entre profesionales respecto a la mala praxis profesional⁴⁷. Este hecho se ha constatado también por las comisiones deontológicas de los colegios españoles que han contabilizado el incremento de los expedientes entre profesionales médicos y entre profesiones respecto a las demandas de los pacientes por mala praxis.

46 Maks, J. A. H. and Philipsen, N. J., 2002, An Economic Analysis of the Regulation of Professions, in *The Regulation of Architects*, Antwerpen, Intersentia.

47 Faure, 1993, op. cit. 52; Hellingman, K., 1993, An Economic Analysis of the Regulation of Lawyers in the Netherlands, in *Regulation of Professions*, Antwerpen, Maklu.



En el último medio siglo las demandas por negligencia médica han ido en constante aumento tanto en USA como en Europa aunque allí se ha alcanzado un mayor nivel de demandas que se espera se produzca progresivamente en Europa. Es posible que la responsabilidad de los médicos antes de los años 60 fuera baja, como consecuencia de la *captura* y un mal uso de la autorregulación. Pero progresivamente, en parte debido a la falta de actuación disciplinaria de las sociedades médicas, ha sido cada vez más fácil la intervención judicial al disponer de peritos expertos⁴⁸. El aumento de los litigios judiciales por mala praxis médica es una clara razón para reformar la responsabilidad civil en la práctica de la medicina y, consecuentemente, para corregir los procesos de regulación profesional a través de la actuación profesional⁴⁹.

La responsabilidad por negligencia médica es sumamente compleja en muchos países europeos. Uno de los factores que añaden complejidad es la variabilidad legal que se introduce cuando el acto médico es de responsabilidad contractual (incumplimiento de contrato en el sector privado) o de responsabilidad extracontractual (negligencia de los médicos del sistema nacional de salud), de modo que la competencia de los litigios no recaerá en los mismos tribunales (ordinarios o administrativos). Además, es frecuente que un médico trabaje para el Servicio Nacional de Salud pero que también ejerza la práctica privada. La complejidad tanto de la organización sanitaria como de la judicial facilitan un contexto en el que las demandas por negligencia médica sean escasas y tengan pocas posibilidades de éxito.

48 Olsen, R. N., 2000, The Efficiency of Medical Malpractice Law: A New Appraisal, *Research in Law and Economics* 19, 247-273.

49 -Miller, F. H., 1997, Medical Discipline in the Twenty-First Century: Are Purchasers the Answer?, *Law and Contemporary Problems* 60, 31-58.

-Dauer, E. A. and Marcus, L. J., 1997, Adapting Mediation to Link Resolution of Medical Malpractice Dispute with Health Care Quality Improvement, *Law and Contemporary Problems* 60, 185-218.

-Sloan, F. A. and Hall, M. A., 2002, Market Failures and the Evolution of State Regulation of Managed Care, *Law and Contemporary Problems* 65, 169-208.

-Fine, D. K., 2003, Physician Liability and Managed Care: A Philosophical Perspective, *Georgia State University Law Review* 19, 641-685.



En España los colegios profesionales tienen definidos los estándares de conducta y procedimiento de actuación profesional que quedan recogidos en los denominados códigos deontológicos, aplicados por las comisiones deontológicas colegiales y por la comisión deontológica central del CGCOM. Dichos códigos, estructurados como códigos legales, comportan diferentes niveles de sanciones según la gravedad de la inadecuación de la conducta del médico con el artículo correspondiente del código llegando, en casos de la máxima gravedad, a la inhabilitación colegial. Los códigos deontológicos son el instrumento que permite sancionar a un médico en el momento en que se ha cursado una advertencia, reclamación o denuncia. Las denuncias pueden ser ejercidas por cualquier miembro, individual o institucional, de la comunidad médica o cualquier ciudadano o institución ciudadana. Los primeros, la comunidad médica, no utiliza las oportunidades de regulación que ofrece la vía colegial del código deontológico, ya que entiende o visualiza al código deontológico más como una vía sancionadora que reguladora. Los segundos, la ciudadanía, con frecuencia considera en primera instancia a la vía judicial en lugar de la colegial ya que busca una reparación individual, principalmente económica, en lugar de incidir en la reparación de los fallos del control de calidad del sistema sanitario.

La regulación a través de los códigos deontológicos fue, inicialmente, un claro exponente de autorregulación. Sin embargo, en la estructura actual debe entenderse como un mecanismo de regulación compartida o co-regulación dado que los colegios oficiales de médicos son instituciones de derecho público cuya capacidad reguladora plasmada en el código deontológico es ejercida por delegación, por la *potestas* del gobierno/administración. El origen de un posible conflicto se establece cuando el gobierno/administración, o incluso la ciudadanía, deja de tener confianza o simplemente pone en duda la actuación reguladora de las instituciones colegiales a través del código deontológico. Ante un posible conflicto de esta naturaleza los caminos



a seguir son claros; por parte de la profesión, tanto si su actuación era la adecuada como si no, se debe plantear la mejora de su actuación pero, en todo caso, debe restablecer la confianza cuestionada activando los criterios de calidad y los mecanismos de transparencia que fueran necesarios. Por parte del gobierno/ administración y en base a ejercer su *potestas* debería exigir a las organizaciones profesionales que ejerzan correctamente su responsabilidad reguladora. La sustitución de la vía profesional por la actuación directa del gobierno/administración no es en ningún caso la primera opción para revertir la situación. Esta opción debería reservarse únicamente cuando quede probada la ineficacia de las organizaciones profesionales.



3. Regulación de la profesión médica en diferentes países

La regulación profesional no es un tema de aparición reciente. De hecho las primeras acciones en este sentido las tenemos que situar en el Reino Unido y se remontan a unos 600 años. Los primeros procedimientos de concesión de licencias fueron administradas por la Iglesia, con las asociaciones profesionales y las universidades también jugando un papel. La primera referencia a la regulación médica en el Reino Unido es del año 1421, cuando los médicos solicitaron al Parlamento que nadie sin calificaciones adecuadas se les permitiera practicar la medicina. Los médicos dijeron que los médicos no cualificados eran la causa de “un gran daño y masacre de muchos hombres”

Para poder tener una idea más clara y concreta de los diferentes mecanismos de regulación profesional posibles, parece adecuado revisar qué se está haciendo en otros países en relación a *la entrada y el mantenimiento* en la profesión médica. En general se debe hablar de dos cuestiones, la *licencia o registro*, y el sistema periódico de *certificación o recertificación* para mantener la licencia para el ejercicio profesional.



Reino Unido

Actualmente, para ejercer la medicina en el Reino Unido todos los médicos están obligados por ley a estar a la vez registrados y tener una licencia para el ejercicio profesional. Sólo los médicos que están registrados con una licencia para ejercer pueden, por ejemplo trabajar como médico en el NHS, recetar o realizar certificados de defunción o cremación.

Los empleadores tienen que asegurarse de que sólo emplean los médicos cuyo registro es adecuado para el puesto que ocupan en su organización. Hay cuatro tipos principales de registro y los procesos de evaluación son diferentes para cada tipo: provisional, completo, para especialistas y para médicos de familia.

La concesión de licencias es el primer paso hacia la introducción de la revalidación (renovación periódica de la licencia). El proceso de revalidación comenzó el 3 de diciembre de 2012 y se espera revalidar la mayoría de los médicos con licencia en el Reino Unido por primera vez en marzo de 2016. Los médicos con licencia tienen que revalidar, por lo general cada cinco años. Los médicos con licencia deberán demostrar al GMC que están practicando de acuerdo con las normas generales de la práctica establecidas por el GMC (como se describe el *Good Medical Practice*) a través de evaluaciones periódicas (*appraisals*⁵⁰) con su empleador.

Los pacientes pueden ayudar a los médicos a mejorar sus prácticas, proporcionándoles *feedback* de forma periódica sobre la atención que han recibido.

50 *The Good medical practice framework for appraisal and revalidation*. GMC 2012 ©2013 General Medical Council



Francia

Entre distintas funciones que el *Conseil National des Ordres des Médecins* de Francia realiza, destaca la elaboración del código deontológico médico, establecer y poner al día un registro en el cual sólo pueden colegiarse los médicos que responden a los requisitos previstos por la ley. Todos los médicos tienen que estar colegiados para ejercer su profesión cualquiera que sea su actividad.

La acreditación posterior de los médicos colegiados es un proceso voluntario vinculado a la gestión de riesgos médicos de instituciones sanitarias y que busca en última instancia la seguridad del paciente.

La acreditación de los médicos es válida por un período de cuatro años y es voluntaria. Los resultados del proceso de acreditación son públicos. El proceso de acreditación de los médicos colegiados se enmarca en el *Développement Professionnel Continu* (DPC) que relaciona la formación continua y la evaluación de las prácticas profesionales (*Evaluation des Pratiques Professionnelles-EPP*). Se dirige a todos los profesionales de la salud⁵¹

Alemania

En Alemania la regulación de la profesión médica se realiza en el marco de la ley federal de los médicos (*Bundesärzteordnung*). Es una ley federal pero la ejecución se delega a los *Länders*.

El permiso para el ejercicio profesional (*Approbation*) lo concede el ministerio de sanidad a través de los ministerios de sanidad

51 Haute Autorité de la Santé (www.has-sante.fr/)



de los Länder. El Ministerio puede retirar la *Approbation* a un médico en cualquier momento, y lo hace siempre que se esté delante de delitos o faltas graves de honorabilidad profesional. Sin la *Approbation*, un médico no puede entrar a trabajar en un hospital o clínica, ni puede ejercer en una consulta o *praxis* (fuera de estructuras hospitalarias). El empleador está obligado a asegurarse de que el candidato a un puesto de trabajo cumple con los requisitos administrativos. En el caso de una *praxis* son los colegios profesionales y las entidades aseguradoras las que realizan los contratos con los médicos.

Por último los médicos están obligados a participar (y superar con éxito) en cursos de reciclaje o de formación continua, aproximadamente cada 4-5 años. La no participación en estos cursos está penalizada, por ejemplo, con una reducción importante del salario de los médicos de hospital, o de reducciones temporales de los permisos de los médicos que tienen una *praxis*.

Portugal ⁵²

La regulación de la profesión médica en Portugal depende fundamentalmente de la denominada *Ordem dos Médicos*⁵³ que ejerce un doble papel regulador y de colegio.

De acuerdo con sus estatutos, la *Ordem dos Médicos* cumple un papel de defensa de la Medicina en Portugal que significa defen-

52 Repullo Labrador, JR y Freire Campo, JM. Médicos en cinco sistemas sanitarios Integrados Europeos: "Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados". Consejería de Salud de Castilla-La Mancha, 2009.

http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEUQFjAC&url=http%3A%2F%2Fsescam.jccm.es%2Fweb1%2Fprofesionales%2Fhome%2FCTU_OPA_REPULLO_FREIRE.pdf&ei=HwlrUrKMG4XR7AaBqYDABw&usg=AFQjCNERRrCFv5CFD_YK706VE4JH3EJ84g&bvm=bv.51773540,d.ZGU Último acceso: septiembre 2013

53 <https://www.ordemosmedicos.pt/> Último acceso: septiembre 2013



der la calidad, la independencia y regulación del ejercicio de la profesión médica. La Ordem dos Médicos valida y garantiza la calidad de la práctica clínica, su formación y su evaluación continua.

Son responsabilidades de la Ordem dos Médicos: a) la admisión en la profesión siendo la colegiación obligatoria, b) acreditar y dar la licencia para la práctica profesional, c) acreditar y dar el certificado de la formación de los especialistas, d) acreditar los servicios para la formación postgraduada e) hacer respetar el código profesional y sancionar las infracciones y f) acreditar todos los eventos de la formación continuada que está basada en la voluntariedad del médico. Además la Ordem dos Médicos tiene competencias delegadas por el Gobierno y es co-responsable con él, de la formación médica y de la calidad de la asistencia médica y negocia las cualificaciones profesionales.

Países Bajos

Para ejercer la profesión médica en Holanda el profesional debe estar registrado en el registro que determina la Ley de las Profesiones Sanitarias individuales. Existe un registro provisional que permite trabajar bajo supervisión limitado a 2 años. Pasados estos dos años se pasa a un registro definitivo que permite la práctica independiente. La duración es indefinida pero se requiere una reacreditación.

La reacreditación se debe realizar cada 5 años y se basa en un sistema de puntos otorgados en relación con la experiencia laboral reconocida y un conjunto de actividades de formación médica continuada.⁵⁴

54 Rowe,A and García Barbero, M. (2005). Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. <http://www.aemh.org/pdf/regulandlicenceuphysicians.pdf>



Otros países europeos

Se puede hallar más información sobre otros países europeos en la anterior publicación. (5Rowe, A and García Barbero, M. (2005). Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region)⁵⁵

Estados Unidos

En los Estados Unidos, para obtener la licencia para ejercer la medicina, los médicos deben dirigirse directamente a la jurisdicción en la que tienen previsto ejercer. Dada la heterogeneidad entre estados, La *American Medical Association* publica cada año los requerimientos (por ejemplo *State Medical Licensure Requirements and Statistics 2013*). Estas publicaciones incluyen los datos sobre los exámenes necesarios, la formación, la educación (tanto en la educación médica de postgrado como la formación continuada), y la cantidad económica a abonar. La *medical license* es el término estadounidense para lo que en el Reino Unido y otros países se denomina *registration*. Las organizaciones clave implicadas en el proceso de otorgar licencias son *Federation of State Medical Boards*, *National Board of Medical Examiners*, y *Educational Commission for Foreign Medical Graduates*.

La certificación de un especialista en los Estados Unidos es un proceso voluntario. En 2006, los 24 *Boards* del *American Board of Medical Specialties*, adoptaron un nuevo *gold standard* para la recertificación: el programa del ABMS de Mantenimiento de la certificación (*Maintenance of Certification - MOC*) para todas sus especialidades. El prestigio de este procedimiento ha

⁵⁵ <http://www.aemh.org/pdf/regulandlicenceuphysicians.pdf>



llevado a la comunidad médica y a los pacientes a preguntar cada vez con mayor frecuencia, si un médico está certificado por el *Board* correspondiente. El programa MOC asegura que el médico está comprometido con su desarrollo profesional continuo y su competencia a través de una evaluación continua de 6 competencias nucleares (*6 core competencies*) adoptadas junto con *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) en 1999. La evaluación de estas competencias se realiza a través de diferentes caminos, algunos de ellos propios de cada especialidad.

Canadá

Canadá es un país federal en el que cada una de las 10 provincias que lo componen controla el ejercicio profesional en su territorio. Al final de los estudios de medicina, los egresados pasan un examen nacional, la licencia del *Medical Council of Canada*. Esta licencia es un título nacional que no habilita a ese nivel al ejercicio profesional, sólo habilita para el ingreso a programas de especialización. A partir de este momento, hay dos vías posibles, similares pero no idénticas: Programas de formación de médicos de familia, controlados por el *College of Family Physicians of Canada* o programas de formación para todas las otras especialidades médicas que son controladas por el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*.

El programa de formación de especialistas en medicina de familia dura dos años y al final del segundo año, los residentes pasan un examen conjunto del *College of Family Physicians of Canada* y el *Medical Council of Canada*. Los residentes que aprueban este examen, obtienen simultáneamente la certificación en la especialidad y la licencia de práctica de la medicina.



Los programas de formación de otras especialidades del *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, duran entre tres y seis años dependiendo de la especialidad. Al final del primer año de residencia deben pasar un examen del *Medical Council of Canada*. Para obtener la licencia definitiva para el ejercicio de la especialidad deben continuar sus programas de formación especializada, pasar los exámenes de certificación de la especialidad y a partir de ese momento pueden comenzar a ejercer.

Para la renovación de la licencia es obligatorio que los médicos cumplan con los programas de *Maintenance of Certification*. Estos programas exigen una serie de actividades de formación continua que son diferentes de un Colegio a otro, pero en general consisten en la acumulación de un número mínimo de créditos de “estudio” sea por año o en el plazo de cinco años. Teóricamente, los profesionales que no los cumplen podrían perder la licencia de práctica, pero hasta ahora no ha sucedido. Prácticamente el 95% cumple los requisitos en el plazo exigido y los “infractores” no lo son por mucho tiempo.

Australia

La regulación de las profesiones sanitarias en Australia se engloba dentro de las directrices de la Ley Nacional para la Regulación de los Profesionales Sanitarios de 2009 (*Health Practitioner Regulation National Law*), que entró en vigor el 1 de julio de 2010. En el desarrollo subsiguiente de la ley, la regulación profesional se organiza en tres niveles: el registro de profesionales, la agencia de acreditación y los colegios de cada especialidad.

El registro de profesionales en la Agencia Australiana para la Regulación de los Profesionales Sanitarios (*Australian Health Professional Regulation Agency –AHPRA-*) equivale a la colegia-



ción. Esta Agencia tiene autoridad propia y coordina la acción de los 14 *Boards* nacionales que regulan las distintas profesiones sanitarias. La autoridad de AHPRA se delega, en el caso de los médicos en el *Australian Medical Board*.

El *Australian Medical Council* es otra agencia gubernamental delegada de carácter profesional y semi-independiente que regula la acreditación de todos los aspectos relacionados con la profesión médica (entre otras: la acreditación de las facultades de medicina, la acreditación de los colegios de especialidad y los programas de formación, la acreditación de las actividades de desarrollo profesional continuo (DPC) y la homologación de los títulos de médico obtenidos en el extranjero).

Los diferentes colegios de especialidad (a su vez acreditados por el *Australian Medical Council*) organizan, desarrollan y ordenan la formación de especialistas. Un candidato debe ser admitido en el colegio, completar el programa de residencia y mantener el estatus de miembro en el mismo para poder registrarse en AHPRA como especialista.

La evaluación del estatus de médico registrado (colegiado) compete al *Australian Medical Board* (como parte de AHPRA) y depende de la actividad profesional y el desarrollo profesional continuo. El mantenimiento del profesional en el registro se renueva cada año y varían según el tipo de facultativo pero se basan en la práctica profesional ininterrumpida y el cumplimiento de requisitos mínimos de desarrollo profesional continuado.



Países hispano-americanos

Colombia ⁵⁶

En Colombia el proceso de acreditación y reacreditación depende del denominado Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de Especialistas y profesiones afines (CAMEC).

El CAMEC está constituido por las diferentes sociedades científicas de las especialidades y concebida como una institución sin ánimo de lucro, legítima, autónoma e independiente ante el Ministerio de Salud, y la Academia Nacional de Medicina. Las dos actividades que debe desarrollar son la Certificación de idoneidad inicial (Certificación Inicial Voluntaria – CIV) y la Recertificación Médica Voluntaria de actualización de conocimientos. A fecha de hoy se está desarrollando la Recertificación Voluntaria a partir de la obtención de puntos por parte de los profesionales miembros del programa.

Existe un Reglamento Operativo en el cual se asignan puntos a las actividades académicas en las que participen los miembros. En todas se deben de obtener 1000 puntos durante 5 años para obtener el Diploma de Recertificación. El programa de puntos se encuentra en implementación y homogenización dentro de las Asociaciones y Sociedades. El profesional para obtener su recertificación debe obtener 500 puntos mediante el ejercicio profesional y 500 puntos mediante Educación Continua, Desarrollo Académico, Instrucción, Suficiencia Mediante Exámenes y combinaciones de los anteriores. El período es de 5 años para acumular como mínimo un total de 1000 puntos.

⁵⁶ <http://www.camec.co/home.php?id=7>



Argentina ^{57 - 58 - 59}

En Argentina la recertificación es obligatoria y depende de la Asociación Médica Argentina (AMA) que equivale al colegio de médicos. El AMA en 1994, creó el Comité de Recertificación de la AMA (CRAMA), cuya función primordial es la de organizar la Recertificación de médicos especialistas de todas las especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Se establecen diferentes modalidades de recertificación:

- a) Recertificación automática que corresponde a los Profesores Titulares, Adjuntos y a los Asociados, de Universidades Nacionales públicas o privadas reconocidas por la AMA y a los Jefes de Departamento o Servicio por concurso abierto de la especialidad a recertificar, que desarrollen su jefatura en hospitales reconocidos por la AMA y en el periodo que se recertifica.
- b) Mediante méritos curriculares que serán presentados en el CRAMA y remitidos para su evaluación a las distintas Asociaciones, Sociedades, Colegios o Comités del Equipo de Salud de acuerdo con la especialidad a recertificar y de acuerdo con unos puntos determinados.
- c) Mediante la realización y aprobación de Programas o Cursos de Actualización dictados por las Asociaciones, Sociedades, Colegios, Universidades o Comités del Equipo de Salud reconocidas de la especialidad o por quien ellos designen a tal efecto.
- d) Mediante la participación y aprobación de Programas de educación médica a distancia con exámenes tipo múltiple respuesta. El aspirante a recertificar podrá solicitar esta mo-

57 <http://www.ama-med.org.ar/crama>

58 Ministerio de Salud. La Certificación de los profesionales médicos en Argentina. 2007

59 <http://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/REGLAMENTO%20CRAMA.pdf>



alidad de Recertificación cuando por razones de distancia no pueda concurrir a la realización de Programas de actualización en forma constante.

- e) Mediante Programas de educación médica a distancia y semipresenciales con tutores docentes y evaluación periódica. El aspirante podrá realizar un Programa de educación médica a distancia y someterse periódicamente a la evaluación en un centro docente con sus tutores en forma individual o en grupos a través de la actividad del servicio o de un examen.
- f) Mediante pasantías con evaluación en Servicios acreditados en la especialidad.
- g) Mediante examen escrito y oral y la acreditación de antecedentes. Esta modalidad requiere aceptación del Comité de Recertificación, quién evaluará el tipo de examen y la forma de su implementación.

La Recertificación lleva implícito un reconocimiento a la continua formación del especialista que se cuantifica mediante el Crédito Hora Docente CRAMA (CHDC). Cada actividad lleva aparejada el reconocimiento de un determinado número de créditos. La recertificación tiene una validez de 5 años.



Chile ⁶⁰⁻⁶¹

La certificación de especialistas médicos, y más recientemente la recertificación de los mismos, son temas de gran actualidad y en pleno desarrollo en Chile. Hasta 1984, en Chile solo existía el reconocimiento como médico especialista por parte de las Universidades que tenían programas de formación acreditados por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). A partir de esa fecha, esta responsabilidad quedó radicada en CONACEM, corporación de derecho privado, autónoma, fundada ese año. CONACEM está constituida por representantes de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Asociación de Facultades de Medicina de Chile, Colegio Médico de Chile A.G., y las Sociedades Científicas que representan a las especialidades primarias y derivadas certificadas. El Ministerio de Salud aporta un representante con derecho a voz y existe un Secretario Ejecutivo. Hasta la fecha CONACEM ha expedido más de 11.000 certificados. Sin embargo está previsto que en el año 2015 caduquen estas recertificaciones y se deba proceder de nuevo a solicitar la recertificación. El proceso establece que los títulos y certificados de especialistas tengan una vigencia de entre 5 y 10 años, pasados los cuales el especialista deberá recertificarse. La certificación por CONACEM es voluntaria y ningún médico está obligado a requerirla. Tampoco es excluyente, pues existen profesionales que sin estar certificados por la corporación ejercen legítimamente su especialidad. Sin embargo, el estar certificado por CONACEM significa contar con el reconocimiento oficial de las instituciones antes mencionadas sobre la idoneidad para ejercer su especialidad.

60 <http://www.conacem.cl>

61 López Moreno J.M. Certificación y recertificación de especialistas. Una mirada desde CONACEM. Revista Chilena de Cardiología - Vol. 31 Número 3, Diciembre 2012: 238-242



En el proceso de recertificación se consideran diferentes tipos de actividades como:

- a) Trabajo en departamento, servicio asistencial clínico
- b) Actividades académicas: docencia universitaria y publicaciones
- c) Actividades de formación continua
- d) Otras actividades

Estos diferentes apartados están valorados por un sistema de puntos máximos y mínimos a obtener en un determinado período de tiempo.

México ⁶²

La competencia para la certificación y recertificación de los médicos en México en sus diferentes especialidades corresponde a los Consejos de Especialidades Médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y que estén reconocidos por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, constituido por la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía y los Consejos de Especialidad miembros. Los procedimientos puede ser diferentes aunque en la mayor parte de las especialidades se basan en exámenes. Así en el caso de la medicina de familia se contempla un examen teórico (75% de la calificación) sobre casos clínicos reales referidos a los 19 principales motivos de consulta en Medicina Familiar, que pretende explorar la competencia profesional del sustentante y su capacidad de la toma de decisiones y un examen práctico, está integrado por el Estudio de Salud Familiar, que pretende explorar la competencia del sustentante para demostrar la relación bidireccional entre la enfermedad y la salud familiar. (25% de la

⁶² <http://www.consejomedfam.org.mx/>



calificación). En otros casos se basa en la demostración documental actividades realizadas (labor asistencial, asistencia a cursos y congresos, actividad docente en cursos de la especialidad, productividad científica y actividad científica en la especialidad. La recertificación tiene una base voluntaria.





4. Regulación profesional en España

4.1. Marco Legal

En España las profesiones están reconocidas explícitamente en el texto constitucional de 1978, cuyo artículo 36 establece que: *la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna de los Colegios deberá ser democrática*⁶³. Previamente al texto constitucional la Ley de Colegios Profesionales de 1974⁶⁴, modificada en diciembre de 1978⁶⁵, recogía los aspectos de la regulación de los médicos y especificaba que los colegios profesionales son corporaciones de derecho público, cuyos fines esenciales estriban en la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas y la defensa de los intereses de los profesionales. También concretaba como requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas la incorporación al Colegio en cuyo ámbito territorial se ejerciera la profesión.

63 Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978, p. 29313-29339.

64 Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1974. p. 3046-9.

65 Ley 74/1978, de 26 de diciembre, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 10, de 11 de enero de 1979. p. 654.



Deben señalarse tres funciones de los colegios profesionales contempladas en dicha ley:

- Ordenar en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares, y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.
- Organizar actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de previsión y otros análogos, proveyendo el sostenimiento económico mediante los medios necesarios.
- Organizar, en su caso, cursos para la formación profesional de los posgraduados.

Hasta día de hoy la Ley de 1978 no ha sido actualizada. Sin embargo, tanto el ministerio como las comunidades autónomas han promulgado legislación que directa o indirectamente afecta a la regulación profesional en general y a la de los médicos en particular. Por lo que se refiere a la regulación de la profesión médica cabe señalar 4 leyes del ministerio de sanidad de especial relevancia que se muestran en el **Cuadro 5**, así como un número importante de disposiciones, ministeriales o autonómicas, que afectan a los médicos. Poner al día la legislación de las CC.AA. que incida en alguna medida en la regulación profesional es algo complejo que no contempla esta revisión. Uno de los textos autonómicos de interés es una Ley de la Generalitat de Catalunya sobre el Ejercicio de las Profesiones Tituladas y de los Colegios Profesionales⁶⁶. Dicha Ley autoriza a los colegios la posibilidad de imponer actividades de formación, profesional o deontológica, a los colegiados que incumplan sus responsabilidades profesionales. Como se ha

⁶⁶ Ley 7/2006, de 31 de mayo, del Ejercicio de las Profesiones Tituladas y de los Colegios Profesionales. DOGC núm. 4651, de 9 de junio de 2006. p. 25424-34.



Cuadro 5

Leyes del ordenamiento legislativo que contienen aspectos relevantes en relación a la regulación de la profesión médica

Legislación española: Leyes

- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril)
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo).
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS; Ley 44/2003, de 21 de noviembre).
- Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre).

Legislación española: Reales Decretos

- Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada y se regula el sistema acreditador de la formación continuada.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, y la Directiva 2006/100/CE.
- Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

Continúa en la siguiente página



Legislación española: Reales Decretos

Continuación

- Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.
- Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la homologación y declaración de equivalencia a titulación y a nivel académico universitario oficial y para la convalidación de estudios extranjeros de educación superior, y el procedimiento para determinar la correspondencia a los niveles del marco español de cualificaciones para la educación superior.
- Proyecto de Real Decreto de Diplomas de Acreditación (DA) y Diplomas de Acreditación Avanzada. (En trámite de correcciones sobre las alegaciones del Consejo de Estado).

Legislación europea: Directivas

- Directiva 93/16/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. Diario Oficial n° L-165 de 07/07/1993 p. 0001 – 0024.
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial n° L-255 de 30/09/2005 p. 0022 – 0142.
- Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n° 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»).



señalado en el apartado 2.4. el gobierno español ha trabajado un anteproyecto de ley de servicios y colegios profesionales en fase de elaboración muy avanzada, pero que no ha alcanzado un consenso interprofesional.

La Ley General de Sanidad⁶⁷ sólo se refiere la regulación de la profesión en los enunciados de los artículos 84 a 87 (que exponen diferentes aspectos relacionados con el personal de los servicios públicos de salud), y en el artículo 88 (que expone el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias).

La Ley de Cohesión y Calidad⁶⁸ del Sistema Nacional de Salud, publicada 13 años después de la Ley General de Sanidad, pretende establecer acciones de coordinación y cooperación entre las diferentes administraciones sanitarias públicas para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. El capítulo III de esta ley, artículos 34 a 43, aborda cuestiones relacionadas con la planificación y formación de recursos humanos (formación de grado, especializada, continuada y profesional), así como aspectos generales del desarrollo profesional continuo, la competencia y la movilidad de profesionales.

Sin lugar a dudas la Ley que más incide en la regulación de la profesión médica es la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, LOPS⁶⁹. Dicha ley posibilita la integración de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud incidiendo pues tan-

⁶⁷ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nú m. 102, de 29 de abril de 1986. p. 15207-24.

⁶⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003. p. 20567-88.

⁶⁹ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. p. 41442-58.



to en su vertiente pública como privada, y pone las bases para garantizar a la ciudadanía el nivel de competencia necesarios. La LOPS define y clasifica las profesiones sanitarias; las modalidades y ámbitos del ejercicio profesional; los niveles de formación de los profesionales en cada una de las diferentes etapas del contínuum; el desarrollo profesional y su reconocimiento; el ejercicio privado, y las modalidades de participación de los profesionales. No deja de sorprender la falta de desarrollo de numerosos aspectos de la LOPS después de más de una década de su publicación.

Ley del Estatuto Marco⁷⁰, publicada 25 días después de la LOPS, contempla los aspectos laborales y salariales del personal estatutario de los servicios públicos autonómicos de salud. Establece su clasificación, planificación y ordenación, sus derechos y deberes, la provisión de plazas, selección y promoción, la movilidad, las retribuciones, la jornada de trabajo, permisos y licencias, las diversas situaciones, el régimen disciplinario, las incompatibilidades, la representación, participación y negociación colectiva, y de manera muy especial, por el desarrollo de la carrera profesional.

No debe olvidarse, por otra parte, la normativa de las Comunidad Europea, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias que, en la medida que subordinan el acceso a las actividades profesionales sanitarias a la posesión de los títulos que en las directivas se precisan, introducen, indudablemente, una limitación al ejercicio profesional que ha de establecerse, en nuestro derecho interno, por norma con rango formal de ley, tal y como exige el artículo 36 de nuestra Constitución. El ordenamiento jurídico europeo será decisivo, si no lo es actualmente, en diferentes

70 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. BOE núm. 301, de 17 de diciembre de 2003. p. 44742-63.



aspectos claves de la regulación profesional entre los que figura la regulación de los médicos. Si bien desde un punto de vista histórico debe referirse la Directiva 93/16/CEE⁷¹ del Consejo, publicada en 1993, por ser la primera que reguló la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos, en la actualidad ha quedado derogada por la Directiva 2005/36/CE⁷² del Parlamento Europeo y del Consejo, publicada en el 2005, que regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales. Esta directiva es la pieza clave de la legislación europea en esta materia y en la actualidad todo gira alrededor de Propuestas de modernización, Informes sobre la modernización, Dictámenes de la Directiva y Propuestas de modificación de la Directiva 2005/36/CE. Dado el interés de los Boletines que el CGCOM publica bajo el título Europa al día sobre la legislación sanitaria en Europa, en los que no solo figura la cita correspondiente sino que se acompaña del comentario de un experto, se adjuntan en el Anexo I las referencias de los seis boletines en los que desde el 2005 y hasta día de hoy aparecen propuestas o modificaciones de la Directiva 2005/36/CE. Es cierto que no se menciona, ni en la directiva ni en las modificaciones que se van proponiendo, ninguna acción concreta sobre procesos de revalidación (relicencia o recertificación). Sin embargo es una preocupación de la Directiva 2005/36/CE los procesos de formación continuada y de desarrollo profesional continuo (DPC). El Diario Oficial de la UE de 28 de diciembre de 2013, publicó la Directiva 2013/55/UE, que modifica tanto la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de cualificaciones pro-

71 Directiva 93/16/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos. Diario Oficial n° L-165 de 07/07/1993 p. 0001 - 0024.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1993:165:0001:0024:ES:PDF>

72 Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial n° L-255 de 30/09/2005 p. 0022 - 0142
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:es:PDF>



fesionales, como el Reglamento nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior, IMI. Esta Directiva, introduce modificaciones relacionadas con la formación continuada. La Directiva 2013/55/UE cita a la formación continuada en varios considerandos, especialmente el 15, y en su punto 17 modifica el artículo 22 de la Directiva 2005/36/CE señalando específicamente que, con el fin de mejorar la seguridad del paciente, los médicos deben actualizar sus competencias a través de la formación profesional continuada. A los cinco años de la entrada en vigor de la Directiva, los estados miembros deberán haber introducido modelos de formación continuada obligatoria para médicos y especialistas y elaborarán un informe de evaluación de los procedimientos de formación continuada que haya realizado cada médico. Un organismo incluido en el European Quality Assurance Register (EAQR) evaluará los sistemas de formación continuada y enviará sus conclusiones al estado miembro afectado y a la Comisión Europea.

Son igualmente preocupaciones reguladoras de la Directiva 2005/36/CE para el reconocimiento de cualificaciones profesionales, el contenido formativo de cada periodo (grado, formación especializada y formación continuada), y el régimen de sanciones tanto por desviaciones ético-deontológicas como de mala praxis.

Para terminar este entramado jurídico-legal habría que citar el Real Decreto 1837/2008⁷³ por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo.

Además de la estructura legal, tanto Española como de la Comunidad Europea, resta considerar la estructura auto-regulado-

73 REAL DECRETO 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/REAL_DECRETO_1837_2008.pdf



ra que reposa en los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, aprobados por Real Decreto, de 16 de junio de 2006, del Ministerio de Sanidad y Consumo⁷⁴. El Estatuto establece las funciones esenciales de este organismo superior de regulación de la profesión. En él figuran las normas ético-deontológicas de la profesión, los criterios de colegiación, la actualización de la competencia profesional de los médicos, la adecuación del ejercicio profesional a los intereses de la ciudadanía y, todo ello para garantizar que la asistencia prestada en cada lugar y cada momento sea de la mayor calidad posible. La estructura autonómica del país hace necesario que para completar la estructura auto-reguladora deban considerarse los estatutos y reglamentos de los consejos autonómicos de colegios de médicos y los estatutos y reglamentos de los colegios provinciales.

Por su trascendencia en un futuro inmediato no es posible soslayar la iniciativa del CGCOM sobre la Validación Periódica de la Colegiación conocida por su acrónimo VPC. Esta iniciativa, aprobada por unanimidad por los miembros del CGCOM en diciembre de 2009, es un programa voluntario, que ha tenido una fase de desarrollo piloto en diferentes colegios, y que permite a los colegiados someter a evaluación su actividad profesional cada seis años, aproximándose conceptualmente a lo que se entiende por recolección o relicencia profesional. Además, el CGCOM ha compartido la experiencia con otros actores, las Sociedades Científicas y la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), que sumándose al proyecto de la VPC posibilitarán evaluar la competencia profesional, ofreciendo así un modelo de lo que internacionalmente se conoce como recertificación. El proceso de la VPC se realiza mediante una aplicación informática accesible desde la página WEB del Colegio de cada colegiado o de la OMC y se compone de cuatro bloques que se esquematizan en el **Cuadro 6**.

⁷⁴ Real Decreto 757/2006, de 16 de junio, por el que se aprueban los Estatutos generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. BOE núm. 144, de 17 de junio de 2006. p. 23167-73.



Cuadro 6**Bloques de la Validación Periódica de la Colegiación, VPC.****Certificación de Buena praxis**

Este certificado lo expide el propio Colegio en base al expediente del colegiado y según los principios del Código Deontológico y los estatutos generales de la OMC. La solicitud de la VPC pone directamente en marcha la expedición de dicha certificación.

Aptitud psicofísica

Este bloque requiere aportar dos elementos.

- Compromiso de Salud. La propia aplicación informática facilitará un cuestionario que el solicitante deberá cumplimentar y enviar vía telemática. La información facilitada por el colegiado se considera absolutamente vinculante.
- Certificación médica oficial expedida por el médico de familia o por una unidad de salud laboral de una institución sanitaria que indique la capacidad psico-física para ejercer como médico.

Certificación de la empresa

La aplicación informática permite adjuntar el certificado emitido por la empresa. En diversas CC.AA. este certificado lo facilita directamente el Servicio Autónomo de Salud. Hay una alternativa para los colegiados que no trabajen en una institución o empresa sanitaria.

Formación Médica Continuada (FMC) y Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

La aplicación informática permite incluir las actividades realizadas de FMC y de DPC durante el correspondiente periodo de 6 años. *Este apartad de carácter voluntario es evaluado con los criterios consensuados con FACME.*



Un ámbito de regulación profesional relevante, y poco considerado en España, son las Sociedades Científicas (SSCC). Su estructura es de derecho privado a diferencia de los colegios profesionales y por lo tanto no están directamente sujetas a la administración. Su competencia es el conocimiento de su especialidad, ámbito en el que pueden y deben introducir elementos reguladores de los profesionales. Se trata de que las sociedades científicas dispongan de los instrumentos que permitan conocer la competencia específica de sus miembros y a partir de este conocimiento facilitar la credencial que lo certifique o proporcionar los programas necesarios para remediar las carencias o desviaciones detectadas. La detección de las necesidades formativas de sus miembros es la primera responsabilidad de estas instituciones ya que una vez detectadas las necesidades podrán establecer programas de formación médica continuada y desarrollo profesional continuo. Desde hace años, sociedades científicas internacionales, europeas y norteamericanas, en las que participan sociedades científicas españolas, mantienen programas acreditados de FC y de DPC. Algunas sociedades científicas españolas han desarrollado instrumentos para la evaluación de la competencia con buenos resultados pero con moderada implementación. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha firmado en el 2015 un acuerdo con el CGCOM para implementar un proceso de recertificación unido a la VPC de los Colegios de Médicos. Este programa, bautizado como VPC-R. SEPAR, representa la primera iniciativa real de recertificación de profesionales médicos en España y debe representar un paso favorable para universalizar una credencial de recertificación en todo el país. La base de dicho programa ha seguido el esquema que la Comisión de Formación Continuada del MSSSI aprobó sobre el DPC y la certificación del DP.



4.2. Homologación y Reconocimiento de Títulos en Medicina

Para poder ejercer la Medicina en España es necesario estar en posesión del título de formación básica en medicina y, en su caso, el título de formación médica especializada, expedido por la autoridad competente de acuerdo con la legislación del Estado a cuyo sistema educativo pertenezcan dichos estudios. Además, es necesario colegiarse en el Colegio Oficial de Médicos de la provincia donde se desee trabajar. Los ciudadanos no españoles de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo requieren el *reconocimiento* de los títulos que posean y los ciudadanos de terceros países requieren el *homologación* de los títulos que posean. El proceso de homologación otorga al título extranjero los mismos efectos del título o grado académico español con el cual se homologa en todo el territorio nacional (ver **Cuadro 5**).

Reconocimiento

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) es la autoridad competente para resolver sobre las solicitudes de *reconocimiento* para ejercer en España la profesión regulada de médico. Para ello y según el país origen del título hay dos procedimientos:

- a) **Títulos nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea.** En este caso se aplica la Directiva 2005/36, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, y el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la anterior Directiva. Se aplica tanto para el reconocimiento del título básico de médico como de médico especialista.



- b) **Títulos extra-comunitarios.** En este caso se aplica el Real Decreto 459/2010 de 16 de abril y sólo se reconocen especialidades médicas pero el no título básico de médico.

Homologación

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) es la autoridad competente para la *homologación* o convalidación académica y una vez obtenida tiene validez tanto a efectos académicos como a efectos profesionales. La homologación se aplica solamente para los títulos básicos, en este caso al título de Graduado en Medicina y lo pueden solicitar tanto los ciudadanos comunitarios como extra-comunitarios.



4.3. Actores y su marco de acción

El marco teórico ha permitido describir los actores con responsabilidades en la regulación de los médicos, poniéndose de relieve que su número y las relaciones entre ellos muestran una estructura compleja. Este apartado no pretende pormenorizar las responsabilidades de cada uno de ellos sino plasmar su situación en el conjunto y facilitar la visión global de los actores y sus relaciones. Hay un grupo de actores cuya capacidad de acción repercute de forma directa sobre la regulación de los médicos mientras que hay otros actores cuya función primordial no es la de regular la profesión médica pero que condicionan la toma de decisiones de los actores anteriores; a los primeros les denominamos actores con intervención directa mientras que a los segundos les denominamos actores con intervención indirecta (ver **Cuadro 7**).



Cuadro 7
Actores implicados en la regulación de la profesión médica

1. Instituciones/Organizaciones con intervención directa en la regulación de los médicos

1.1 Organizaciones profesionales

1.1.1 Colegios profesionales

1.1.2 Sociedades científicas

1.2 Gobierno/Administración central y autonómica

1.3 Terceros

1.3.1 Instituciones judiciales

1.3.2 Empleadores mayoritarios

1.3.3 Agencias/Fundaciones independientes

2. Instituciones/Organizaciones con intervención indirecta en la regulación de los médicos

2.1 Instituciones educativas

2.1.1 Universidades (Grado/Posgrado)

2.1.2 Formación especializada

2.1.3 Formación continuada (FC) y Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

2.2 Instituciones sanitarias

2.2.1 Empleadores/Patronales proveedores de servicios sanitarios

2.2.2 Órganos financiadores de las instituciones/organizaciones sanitarias

2.3 Organizaciones de la ciudadanía

2.3.1 Asociaciones de ciudadanos y pacientes

2.3.2 Redes sociales



En el primer grupo y coincidiendo en parte con Garoupa⁷⁵ encontramos tres instituciones u organizaciones con capacidad de intervención directa en la regulación de los médicos, i) gobierno/administración, que en España debe completarse con la inclusión de las estructuras centrales y las autonómicas, ii) organizaciones profesionales, que en España corresponden a colegios, consejos generales y sociedades científicas y iii) terceros de los que en España son relevantes el poder judicial y el empleador. Este último, el empleador, es en muchas CCAA prácticamente único o muy mayoritario y, además, está en manos de la administración; tanto es así que muchas direcciones de los Servicios de Salud Autonómicos son Direcciones Generales u otra dependencia administrativa de las Consejerías de Salud de parecido rango. Nada que añadir, respecto a lo explicitado en el marco teórico, sobre las responsabilidades de los dos primeros actores, gobierno/administraciones y organizaciones profesionales. Respecto a los *terceros* vale la pena decir que la inclusión del grupo bajo el nombre de *terceros* indica una distancia respecto a los otros dos. Entendemos que desde la teoría se puede negar el concepto de regulación profesional al poder judicial pero es obvio que desde un punto de vista pragmático incide en diferentes aspectos que afectan a la regulación de los médicos de manera que la judicialización de los errores médicos y de la mala praxis ha ido en aumento. Se debe aceptar que en buena medida la intervención del poder judicial es debida al fallo o falta de eficacia reguladora de los otros entes reguladores.

El empleador debe ser responsable de verificar que el *registro* o que la credencial de un profesional permite que se pueda emplear para desempeñar una función concreta antes de que empiecen a trabajar. Además el empleador debe preocuparse de que dicho registro o credencial se mantenga vigente durante todo el

75 Nuno Garoupa, Regulation of legal and medical professions in the US and Europe: A comparative analysis. Documento de Trabajo 2006-11 de FEDEA.



tiempo que está empleado. En España se ha convertido en un problema acuciante la falta de registros fiables sobre las calificaciones y cualificaciones de los médicos que debe resolverse, al menos en parte, con el reciente Decreto Ley del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios⁷⁶. Pero el ciudadano debe de poder acceder no solo a que título/s de capacitación profesional dispone un médico, de los que la administración es el máximo garante, sino también a registros colegiales que garanticen que su conducta profesional, buena praxis y competencias específicas son adecuadas y están actualizadas y finalmente a registros de las SS.CC. que garanticen que sus competencias específicas están puestas al día.

Stricto sensu, el empleador no debería ser un agente regulador si todos los otros sistemas actúan correctamente, sin embargo puede llegar a serlo, especialmente si hay un empleador mayoritario, y aún más si los agentes reguladores natos le dejan espacio para ello.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, cuyo paradigma son los EE.UU. de América con instituciones ya citadas como la *Federation of State Medical Boards*, el *National Board of Medical Examiners*, y la *Educational Commission for Foreign Medical Graduates*, en España no hay agencias ni fundaciones con capacidad directa para intervenir en la regulación de los médicos. No es que estas instituciones sean estrictamente necesarias pero su falta denota la carencia de liderazgo de la sociedad civil, la excesiva presión del gobierno/administración o ambas.

En el grupo de las instituciones/organizaciones con capacidad indirecta sobre la regulación de los médicos encontramos las instituciones educativas, las instituciones sanitarias y las organizaciones de la ciudadanía. Las instituciones educativas no tie-

⁷⁶ Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios



nen como misión institucional regular la profesión médica pero, cada una a su nivel, son responsables de definir y actualizar los contenidos y programas de formación, de convertir dichos programas en actividades concretas de formación, y de evaluar la adquisición de competencias. Además, la definición por su parte o por otra instancia del número de alumnos o el establecimiento de un *numerus clausus* las convierte en agentes indirectos de la regulación profesional. Algo parecido sucede con las instituciones sanitarias dada su capacidad para definir los criterios de contratación que en base a sus necesidades, definidas por ellas mismas o impuestas, pueden tomar decisiones que afecten a la clase médica, ya sea en el número de profesionales, ya en las competencias requeridas. Finalmente hay que valorar oportunamente la capacidad emergente de las asociaciones de pacientes y de ciudadanos informados de definir y exigir el tipo de asistencia sanitaria que desean. Actualmente hay en España más de 1300 asociaciones de pacientes reconocidas y agrupadas en diferentes foros entre los que destaca el Foro Español de Pacientes (FEP).

4.4. Demandas y expectativas sociales

En el apartado de *introducción* de este documento se señalaban cambios (ver Cuadro 3) de todo orden que han modificado las reglas de juego y que no todos los actores han sabido asimilar, comprender y aceptar. Estos cambios afectan a diferentes aspectos como, los fines de la medicina, la demografía, la epidemiología, la organización y estructura de los servicios sanitarios, los avances tecnológicos en general (instrumentación biomédica) y las TIC en particular, el *empowerment* de los pacientes y finalmente la gestión de los recursos que hemos tenido que recordar que son limitados, como siempre lo han sido. Los cambios en



cada uno de estos factores puede condicionar, en mayor o menor medida, las decisiones de los actores reguladores.

Igualmente se citaba en la *introducción* de este documento el riesgo que se corre actualmente de ruptura del contrato social tácito entre la sociedad y la profesión médica. Uno de los cambios que conducen a la necesidad de reformulación de este contrato es la evolución que ha experimentado la sociedad, los ciudadanos, y en última instancia los pacientes. Éstos tienen un nivel educativo superior y el acceso a la información es más fácil debido a las nuevas tecnologías. Esta situación contribuye a la reducción de la asimetría del conocimiento médico descrita en el marco teórico de la regulación profesional, pero en ningún caso la hace desaparecer por completo. Que los pacientes estén más informados conduce a movimientos sociales que empiezan a reclamar un nuevo perfil de profesional sanitario, que proporcione información clara y los haga partícipes en la toma de decisiones sobre su enfermedad.

En este sentido, en el año 2003, la desaparecida Fundación Biblioteca Josep Laporte lideró un proceso que culminó con la Declaración de Barcelona⁷⁷ de las asociaciones de pacientes donde se plasman sus principales inquietudes y la voluntad de tener un papel más activo en el desarrollo de las políticas sanitarias de nuestro país y en la que destaca la reclamación de más simetría en la relación médico-paciente y una mayor implicación de la ciudadanía en la definición, aplicación y evaluación de las políticas sanitarias.

⁷⁷ Los días 20 y 21 de mayo de 2003 se llevó a cabo en Barcelona una reunión en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el Estado español. El objetivo de la reunión era la obtención de información sobre la visión y vivencias de los pacientes o sus representados en seis temas de interés sobre los que se había hecho un trabajo de preparación previo. La organización y presentación de la información obtenida constituye la denominada la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, que se resume como el Decálogo de los Pacientes. (visitada el 09/04/2014 <http://salut-entvillament.uab.cat/dbcn/>)



Anexo 1



Glosario de términos sobre la regulación de la profesión médica

Coordinadores: Arcadi Gual, Jordi Palés y
Maria Nolla, Luis Pallarés



Acreditación

Accreditation

Proceso mediante el cual un organismo comprueba el cumplimiento de los requisitos o estándares de calidad previamente definidos de una actividad de FMC/DPC o de una institución proveedora de actividades de FMC/DPC. Es frecuente que este término se use como sinónimo de Certificación de una determinada actividad aunque el término acreditación no debería utilizarse para personas. Desgraciadamente están institucionalizadas diferentes “acreditaciones” dirigidas a personas como “Acreditación de Tutores clínicos” o los “Diplomas de acreditación y acreditación avanzada” previstos en la LOPS.

Actuación profesional

Performance.

Ejercicio de la práctica profesional en contexto real. Aunque es frecuente que el término “*Performance*” se traduzca por “Desempeño” los términos “práctica profesional”, “ejercicio profesional, o “actuación profesional” son más adecuados.

Agencia de Acreditación

Accreditation Body

Entidad responsable de la acreditación de actividades de FMC/DPC en un determinado país o ámbito. Suele ser responsable del reconocimiento de los créditos de formación obtenidos por un profesional de dicho país o ámbito. En la inmensa mayoría de países o ámbitos con sistemas de acreditación, estas organizaciones son específicas para cada profesión.

Agencia Reguladora

Regulatory Body

Entidad responsable de la regulación de la profesión médica en un determinado ámbito o país. Su naturaleza puede ser, básicamente, gubernamental, profesional o mixta.

Análisis de Necesidades

Needs Assessment

Proceso que estudia la diferencia entre las competencias reales y las desables según cada contexto y momento histórico.

Aprendizaje autónomo

Self-Learnig

También llamado autoaprendizaje, es el proceso por el cual la persona adquiere o desarrolla competencias asumiendo su responsabilidad y escogiendo las estrategias educativas que le son más útiles.

Auditoría Clínica

Clinical Audit

Revisión sistemática de registros clínicos que reflejan la labor asistencial comparándola con determinados estándares previamente definidos y aceptados como criterios de referencia. Su propósito puede ser identificar áreas de mejora o certificar unos mínimos competenciales o estructurales.

Autoaprendizaje

Self-Learnig

Ver aprendizaje autónomo.

Bienes de confianza

Credence goods

Bienes donde es muy difícil que el consumidor compruebe por sí mismo el nivel de calidad que le han proporcionado tanto ex ante o durante la prestación del servicio, como ex post. Responden a las características de los servicios profesionales cuyo ejemplo paradigmático son los servicios sanitarios.

Búsqueda de rentas

Rent-seeking

En la teoría de la elección pública, es la situación que se produce cuando un individuo, organización o empresa busca obtener ingresos captando renta económica a través de la manipulación o explotación del entorno político o económico, en lugar de obtener beneficios a través de transacciones económicas y producción de riqueza añadida. La mayoría de los estudios de búsqueda de rentas se centran en los esfuerzos para captar privilegios especiales en monopolios, como la regulación gubernamental de la libre competencia de empresas.



Captura

Capture

Actividad de presión ejercida por grupos profesionales con la intención de influenciar al gobierno para que dicte leyes que les beneficien.

Carrera Profesional, CP

Professional career

Internacionalmente se entiende como un reconocimiento no jerárquico y reversible de unas funciones o responsabilidades específicas dentro de una institución u organización asistencial en el marco de su política de RR.HH. En España viene definida en la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, de 16 de diciembre de 2003, como el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que prestan sus servicios. La formulación operativa de la CP depende de los gobiernos de las CC.AA.

Categorías de Créditos de FMC/DPC

CME/CPD Credit Categories

Agrupación de los créditos otorgados a las actividades de FMC/DPC, en función del tipo de actividad, la población diana o el nivel de calidad educativa. En España el Sistema Nacional de Formación Continuada sólo ha desarrollado un tipo de crédito (basado en su duración -10 horas un crédito- y ponderado por un factor de calidad).

Certificación profesional

Professional Certification.

Es una credencial conseguida por un médico emitida por un ente certificador que garantiza, tras su comprobación, su cualificación para realizar un trabajo o tarea; frecuentemente se la denomina “certificación”. Actualmente se acepta la necesidad de renovar periódicamente las certificaciones, utilizándose el término “recertificación” para la renovación periódica de una certificación. El término “certificación” no debería utilizarse para instituciones o actividades; para estas debería utilizarse el término “acreditación”.

Colegiación

Registration (UK et al.) or Licencing (US)

Inscripción de un médico en el registro colegial de naturaleza obligatoria para ejercer la asistencia en España. Es requisito para los licenciados/graduados del estado español el título de licenciado/graduado en medicina; para un licenciado/graduado de un país comunitario es requisito el título de licenciado/graduado en Medicina previa “Credencial de Reconocimiento de Valor Comunitario”; y para un licenciado/graduado de un país no comunitario son requisitos la credencial de homologación del título de Licenciado/Graduado en Medicina y el título de licenciado/graduado en Medicina.

Colegios de Médicos

College of Physicians

Corporaciones de derecho público, reguladas por la Ley de Colegios Profesionales y las disposiciones legislativas aprobadas por los Gobiernos Autonómicos, cuyas funciones se centran en la ordenación del ejercicio de los médicos, la representación y defensa de sus intereses profesionales, la salvaguarda y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales por parte de los mismos, la promoción de la constante mejora de sus niveles científico, cultural y económico y la colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina. En la actualidad la colegiación es obligatoria en la mayoría de las CCAA y en las que era voluntaria para lo profesionales con ejercicio exclusivo en la sanidad pública diferentes sentencias han confirmado la obligatoriedad de colegiación para el ejercicio profesional de los médicos.

Colusión

Collusion

En economía se denomina al acuerdo en que dos o más empresas de un mercado determinado definen que cada una actuará de mane-



ra concertada respecto del resto de las demás empresas. El fin de este tipo de acuerdos es que cada una de las empresas participantes en la colusión tome control de una determinada porción del mercado en el que operan, y actuar de manera monopólica, impidiendo a otras empresas entrar al mercado.

Competencia

Competence

Constructo de orden superior fruto de la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para llevar a cabo correctamente una función en un contexto y momento determinado.

Competencia clínica

Clinical competence

Capacidad para realizar aceptablemente las tareas directamente relacionadas con el cuidado del paciente.

Competencia profesional

Professional competence

Grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.

Competencias transversales

Transversal competences

Competencias comunes a varios profesionales de la salud independientemente de su profesión o especialidad.

Conflicto de Interés

Conflict of Competing Interest

Situación que se le plantea a un médico frente a una decisión en la que el interés del paciente puede no anteponerse al del propio médico, al de la Institución sanitaria en la que presta sus servicios o a cualquier organización comercial o industrial.

Co-Regulación profesional

Professional Co-regulation

Ver “Regulación Profesional Compartida”.

Credencial

Credentials

Orden o documento que atestigua o autoriza la cualificación, competencia o autoridad otorgada a un individuo por un tercero, sin perjuicio de obtener luego el título correspondiente. Ejemplos de credenciales son: los diplomas, los títulos académicos, los títulos de grado, los documentos de identidad o de conducir, etc. En algunos países hispanohablantes sólo se denomina credencial a algunos de estos documentos y no a otros.

Credencialismo

Credentialism

Término usado para describir la “confianza en” o la “prioridad de” las credenciales. A menudo las credenciales se han utilizado en exceso a expensas de la cualificación o competencia para la asignación de tareas o condición social, por lo que, en ocasiones, dicho término ha devenido despectivo refiriéndose al mal uso de las credenciales.

Crédito de FMC/DPC

CME/CPD Credit

Unidad de valoración de una actividad de FMC/DPC determinada por diferentes mecanismos, en los que como mínimo se incluyen el número de horas lectivas y la apreciación de calidad.

Crédito Europeo de FMC/DPC

CME/CPD European credits

Créditos de FMC/DPC otorgados por el European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME®) que es el organismo acreditador de la UEMS. Esta iniciativa de la UEMS permite el reconocimiento y el intercambio de créditos de FMC/DPC entre todos los países europeos; además, UEMS-EACCME® tiene acuerdos de reconocimiento mutuo con la Asociación Médica Americana (AMA) tanto para actividades presenciales como para actividades a distancia y con el Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá sólo para actividades presenciales.



Desarrollo Profesional Continuo, DPC
Continuing Professional Development, CPD

Conjunto de todas las actividades orientadas a la actualización, desarrollo y mejora de la competencia requerida para una adecuada práctica clínica a lo largo de la vida profesional, y comprende fundamentalmente tres tipos de actividades, el aprendizaje autónomo, el aprendizaje en servicio y en tercer lugar las actividades de FMC. En España, la LOPS define al DPC como el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.

Detección de necesidades
Needs assessment

Procedimiento por el cual se detectan carencias sociales, institucionales o profesionales. La necesidad es la diferencia existente entre las capacidades necesarias para desarrollar de forma efectiva una tarea y las que realmente se tienen; se dispone de diferentes procedimientos e instrumentos para detectar las necesidades formativas: estudios, encuestas, entrevistas, contactos personales, análisis de documentos, publicaciones científicas, planes de salud, descripción de competencias, análisis de puestos de trabajo... o a través de la opinión expresa de los profesionales.

Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada

N/A

Contemplados en la LOPS como certificaciones del nivel de formación alcanzado por un profesional sanitario en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente.

ECMECs
ECMECs

Ver Créditos Europeo de FMC/DPC.

Ente Acreditador
Accreditating body

Organismo encargado de implementar procesos de Acreditación, programas o centros, y que tiene garantizada su independencia para emitir un juicio. Frecuentemente estos entes u organismos se concretan en Agencias, Consejos o Fundaciones y pueden ser tanto públicas como privadas aunque en el primer caso deben extremarse los controles para garantizar su independencia.

Ente Certificador
Certificating body

Organismo encargado de implementar procesos de Certificación de profesionales y que tiene garantizada su independencia para emitir un juicio. Frecuentemente estos entes u organismos se concretan en Agencias, Consejos o Fundaciones y pueden ser tanto públicas como privadas aunque en el primer caso deben extremarse los controles para garantizar su independencia.

Evaluación
Assessment

Proceso de recogida de información, emisión de un juicio de valor, según unos criterios previamente definidos, para tomar una decisión. El termino original en inglés para esta definición "Assessment", tiene varios sinónimos por lo que en español hay dificultades a la hora de distinguir entre "Appraisal", "Assessment" y "Evaluation".

Evaluación de la actuación profesional
Performance evaluation

Medida de la práctica de un profesional en un momento determinado, comparándola con estándares predeterminados, que permite establecer medidas de mejora de la competencia.



Experteza

Expertise

Anglicismo que explica una actuación de alta calidad fruto de la experiencia. La traducción literal del término “expertise” correspondería a “pericia”.

Formación Médica Continuada, FMC

Continuing Medical Education, CME

Conjunto de actividades educativas orientadas a la adquisición, mantenimiento o mejora de la competencia profesional. En España, la LOPS define la Formación Continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. De manera genérica, la FMC se suele definir como el conjunto de actividades educativas que lleva cabo el médico una vez finalizado su período de pregrado y de especialización, para mantener actualizada su competencia y que no comportan una titulación adicional.

Institución con Ánimo de Lucro

Commercial Organization

Entidad que proporciona servicios de diferentes tipos (sanitarios, educativos, etc.) distribuyendo los excedentes entre los propietarios.

Institución sin Ánimo de Lucro

Non profit Organization

Entidad que proporciona servicios de diferentes tipos (sanitarios, educativos, etc.) en la que los excedentes se reinvierten en la propia organización.

Licencia

License

Autorización administrativa para el ejercicio de una determinada actividad profesional. Ac-

tualmente, según la normativa española puede equipararse a “colegiación” o a “registro”.

Organización Profesional Médica

Medical Association

Corporación de médicos responsable de actividades profesionales en su propio campo de expertise o pericia. En España destacan los colegios de médicos y las sociedades científicas.

Par

Peer

Persona que ocupa la misma posición o cargo que otra dentro de una organización. Se puede traducir por “igual” o “colega”.

Portafolio

Portfolio

Documento que recoge de forma más o menos sistemática y estructurada elementos que evidencian el aprendizaje o nivel de competencia conseguido según unos objetivos establecidos previamente, y siempre acompañado de un proceso de reflexión.

Principios del profesionalismo médico

Principles of medical professionalism

Los principios clásicos del profesionalismo médico son cuatro, el de beneficencia, el de no maleficencia, el de autonomía y el de justicia. En el 2002 las sociedades profesionales anglosajonas consensuaron tres principios, el de primacía de bienestar del paciente, el de autonomía del paciente, y el de justicia social. En cualquier caso el elemento común de los principios para el ejercicio de la profesión médica radica en anteponer los intereses del paciente a los del propio médico como base de la confianza que el paciente deposita en el médico y en la profesión médica.

Profesión

Profession

Ocupación que tiene un cuerpo de conocimientos altamente especializados, capacidad de autorregulación, espíritu de servicio a la sociedad, código deontológico y un reconocimiento social.



Profesión médica

Medical profession

Ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a afrontar problemas de salud y a identificar y diagnosticar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen, 1) la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, 2) la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, 3) la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y 4) que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.

Profesional médico

Medical professional

Médico, o médica, titulado/a comprometido con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica y cuya conducta se ciñe a dichos principios y valores.

Profesionalismo

Professionalism

Anglicismo con el que se denomina al conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de la sociedad en una profesión. La palabra “profesionalidad” definida por la RAE como “Cualidad de la persona u organismo que ejerce su actividad con relevante capacidad y aplicación” no incluye matices fundamentales de la palabra inglesa “professionalism”.

Profesionalismo médico

Medical professionalism

Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos y que sustentan el contrato tácito entre la sociedad y los profesionales de la medicina.

Recertificación

Recertification

Proceso periódico para renovar una credencial conseguida y que garantiza su cualificación para el ejercicio profesional. Habitualmente es atribuida a la renovación de las competencias específicas de una especialidad médica.

Recolegiación

Relicensing (US) or Reregistration (UK et al)

Proceso periódico por el que un colegio profesional renueva la credencial de la colegiación. En España no existe este proceso habiéndose estructurado uno equivalente de naturaleza voluntaria denominado “Validación Periódica de la Colegiación, VPC”.

Regulación profesional

Professional regulation

Proceso propio de las profesiones que consiste en establecer unos criterios o estándares tanto para el acceso a la incorporación profesional como para permanecer en la misma cuyo fin es proporcionar garantías y protección a la ciudadanía respecto a la calidad de los actos de una determinada profesión o colectivo. Así pues, se dice que una profesión está regulada cuando el acceso y el ejercicio están sujetos a la posesión y comprobación de una cualificación profesional específica.

Regulación profesional compartida

Shared professional regulation

Proceso de regulación profesional en el que intervienen dos o más agentes reguladores.

Revalidación

Revalidation

Proceso de volver a validar. Es frecuente que diferentes tipos de validaciones tengan una duración temporal predeterminada por lo que requieren ser validadas periódicamente.

Revisión por Pares

Peer Review

Revisión de una actividad educativa, de un material científico o de una actuación profe-



sional por parte de otros que son expertos en el mismo campo. En España suele utilizarse tanto el término “Revisión por Pares” como el de “Revisión por Colegas”.

Riesgo moral

Moral Hazard

Concepto económico que describe las situaciones en las que un individuo conoce las consecuencias de sus acciones y sin embargo son otras personas las que soportan las consecuencias de los riesgos asumidos. El riesgo moral informa cómo los individuos asumen mayores riesgos cuando las posibles consecuencias negativas de sus actos no son asumidas por ellos, sino por un tercero. Existe riesgo moral cuando una persona tiene una mayor información acerca de sus propias acciones que el resto de los individuos (información asimétrica). El riesgo moral reduce la capacidad del mercado para asignar eficientemente el riesgo.

Sesgo Comercial

Comercial Bias

Desviación de los contenidos de una actividad educativa, investigadora o asistencial en favor de los intereses del espónsor o patrocinador comercial de la misma.

Sociedades Científicas

Scientific societies

Entidades de derecho privado, que agrupan a los médicos en función de su ámbito de especialización, cuyos fines son los de la promoción del conocimiento científico y la investigación en sus áreas de competencia y la formación continuada y desarrollo profesional de sus miembros. La afiliación es de carácter voluntario.

Validación

Validation

Proceso mediante el cual un ente comprueba que se cumplen unos requisitos o estándares previamente establecidos y garantiza un nivel de calidad. Un proceso de validación puede referirse a personas, instituciones o actividades, y, normalmente, origina una credencial ad hoc.

Ejemplos de procesos de validación serían las certificaciones o las acreditaciones.

Validación Periódica de la Colegiación

N/A

Proceso voluntario y periódico (cada seis años) por el que los colegios de médicos españoles renuevan a sus colegiados la credencial de la colegiación tras evaluar la buena praxis médica, el buen estado psicofísico para el ejercicio de su actividad profesional y el buen desempeño profesional. Sería un ejemplo concreto de recertificación.

Valoración

Appraisal

Proceso de evaluación de la competencia de un profesional, generalmente realizada por el profesional y su superior gerárquico, que incluye la reflexión sobre la actuación individual, la identificación de sus necesidades de formación y el diseño de planes para su desarrollo personal. Se focaliza pues en el propio profesional y sus necesidades educativas. En español el término inglés “Appraisal” es sinónimo de evaluación, estimación, apreciación o valoración, pero se utiliza para los casos en los que dicha evaluación se centra en las necesidades individuales.

VPC

N/A

Ver Validación Periódica de la Colegiación.



Anexo 2



**Boletines *Europa al día*
del CGCOM referentes a la
Directiva 2005/36/CE**



Boletín *Europa al día* N° 356, diciembre 2011.

Propuesta modernización 2005/36/CE. Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la Directiva 2005/36/CE, relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.

Boletín *Europa al día* N° 363, abril 2012.

Informe del Supervisor europeo de protección de datos sobre la Directiva 2005/36/CE, de cualificaciones profesionales.

Boletín *Europa al día* N° 365, mayo 2012.

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo CESE sobre la «Propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la Directiva 2005/36/CE, relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.

Boletín *Europa al día* N° 371, septiembre 2012.

Seguimiento legislativo 2005/36/CE. Proyecto de informe sobre la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la Directiva 2005/36/CE, relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.

Boletín *Europa al día* N° 377, noviembre 2012.

Enmiendas de la comisión de Salud Pública del Parlamento Europeo (PE), al proyecto de informe sobre la propuesta de Directiva.



Boletín *Europa al día* N° 384, febrero 2013.

Modernización 2005/36/CE. Informe de la comisión Mercado Interior del Parlamento Europeo (PE) al proyecto de informe sobre la propuesta de Directiva.

Boletín *Europa al día* N° 407, enero 2014.

Nueva Directiva de Cualificaciones Profesionales 2013/55/UE



