



## Artículo Especial

## Sobre la regulación de la profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro en España

## Regulation of the medical profession

Helios Pardell<sup>a</sup>

Fundación Educación Médica, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2008

Aceptado el 27 de junio de 2008

Como analizamos en un artículo anterior<sup>1</sup>, la profesión médica atraviesa un período difícil en la mayoría de países de nuestro entorno y del mundo desarrollado en general. El origen de tales dificultades es múltiple, pero la crisis del modelo tradicional de profesión en la sociedad posmoderna las explica en gran parte, junto a las disonancias que existen en el interior de la propia profesión médica, sumida en una situación de desorientación preocupante, y el papel cada vez más activo de otros agentes sociales que hasta hace poco tiempo habían sido mucho menos intervencionistas en el sector sanitario.

En este contexto, arrecian los debates sobre las modalidades de regulación de la profesión y se utilizan conceptos, como los de desarrollo profesional continuo, revalidación, relicencia y recertificación, sobre cuyo significado existen amplias controversias, cuando no un franco desconocimiento, lo que contribuye decisivamente a aquella confusión y desorientación.

Este trabajo pretende contribuir a la clarificación de los distintos conceptos mencionados, sobre la base del uso predominante en los países con más larga experiencia en los diversos campos, y reflexionar sobre la necesidad de adecuar el marco de regulación de la profesión médica en nuestro país. Las propuestas no pretenden otra cosa que servir como herramienta que contribuya al debate, necesario a todas luces, que la profesión médica española ha de llevar a cabo cuanto antes si quiere reposicionarse adecuadamente en una sociedad que ha experimentado cambios radicales, a los que aquélla ha de dar respuesta adecuada, so pena de deslizarse irremisiblemente por la pendiente de la desprofesionalización y la pérdida de su influencia y de su capacidad de autorregulación.

**¿Por qué debe ser regulada la profesión médica?**

Desde la aparición de las profesiones modernas, sucesoras de los gremios medievales, hacia la segunda mitad del siglo XIX, y sobre todo a partir de su consolidación durante el primer tercio del siglo XX, sus relaciones con los gobiernos siempre han sido fluctuantes, al compás de las coyunturas del momento y, sobre todo, de los intereses de éstos por intervenir en el proceso de regulación.

Ya en la Edad Media, cuando los gremios tenían plenas capacidades para autorregularse, las autoridades locales solían intervenir en no pocas ocasiones para nombrar directamente responsables gremiales e, incluso, para modificar las ordenanzas<sup>2</sup>. Desde entonces el interés de los gobiernos por regular las profesiones no ha variado sustancialmente, y hoy día asistimos a una situación en la que dicho interés regulador es especialmente notorio en la práctica totalidad de países desarrollados, incluido uno de tan arraigada tradición liberal como EE.UU.<sup>3</sup>. En este sentido hay que recordar que una profesión no alcanza su estatus propio hasta que el Estado lo sanciona a través de la vía legislativa, culminando el proceso de profesionalización iniciado por un determinado grupo ocupacional que pretende convertirse en profesión. A partir de ahí el mantenimiento del estatus se halla permanentemente en una situación de equilibrio inestable, que obliga a la profesión a un constante esfuerzo para evitar el proceso inverso de desprofesionalización (que algunos califican de proletarización) y mantener actualizado el ideario que sustenta su posición social<sup>4</sup>.

La profesión médica, una de las 3 grandes profesiones tradicionales en todo el mundo junto a la de abogado y la de clérigo, es especialmente sensible a este proceso de permanente tensión con el gobierno en función del carácter de la prestación que realiza (relacionada con la salud, la enfermedad y la muerte),

<sup>a</sup> El autor, Helios Pardell, falleció previamente a la publicación de este artículo.

y sobre todo en los últimos decenios como consecuencia de la aparición del «Estado del bienestar», uno de cuyos pilares esenciales es la sanidad<sup>5</sup>. Estas relaciones de la profesión con el gobierno reposan en un interés mutuo. Por un lado, el segundo necesita a aquélla para poder cumplir sus promesas electorales sobre sanidad y, por el otro, la profesión necesita al gobierno para mantener sus privilegios y su capacidad de autorregulación<sup>6</sup>. Sin embargo, como Klein<sup>7</sup> ha subrayado acertadamente, tales relaciones nunca se hallan exentas de tensiones más o menos aparentes, para cuya solución es recomendable la «política de camas separadas», es decir, ocuparse cada uno de sus parcelas respectivas evitando invadir la del otro.

Porque, efectivamente, la profesión médica, como el resto de profesiones, deviene un agente nuclear en la sociedad actual en función de su cúmulo de experiencia, su carácter de legitimadora de ideología, su naturaleza de institución a través de la cual se transmite el poder estatal y por ser un grupo de presión<sup>8</sup>. Además, posee el control sobre la utilización de hasta un 70% de los recursos sanitarios al monopolizar diversas áreas del sistema, tales como la solicitud de exploraciones complementarias, la decisión de interconsultas, la decisión de ingreso-alta hospitalarios, el establecimiento del diagnóstico, el establecimiento del plan terapéutico y su realización en el caso del tratamiento quirúrgico, entre otras<sup>9</sup>.

Si a todo ello se suman la elevada tecnificación de la asistencia médica y sus costes crecientes, el incremento constante de la proporción del producto interior bruto destinado a la sanidad y la situación de crisis que atraviesa el Estado del bienestar<sup>10</sup>, no ha de extrañar que la profesión médica se haya convertido en una de las más reguladas en todo el mundo desarrollado, orientándose dicha regulación en una doble vertiente: la protección de los ciudadanos frente a los eventuales abusos o incompetencia de los médicos, y la facilitación del ejercicio profesional en libertad y en condiciones adecuadas.

En las sociedades occidentales modernas, con sistemas democráticos consolidados, con independencia del grado de implicación del Estado en la provisión de la asistencia sanitaria, éste tiene 3 ámbitos de responsabilidad relacionados con el sistema sanitario: los costes, la calidad y el acceso<sup>11</sup>. Los principios sobre los que se asienta todo proceso regulador de las profesiones son: objetivos claros y legítimos; compromiso de la población con el ente regulador; que sea abierto, accesible y uniforme; que se base en la experiencia, y finalmente, que sea eficiente<sup>12</sup>. Además, a todo proceso regulador se le debe exigir transparencia, compromiso, coherencia y proporcionalidad<sup>13</sup>.

Por lo que se refiere a la regulación de la profesión médica, comúnmente se acepta que tiene como pilares fundamentales el establecimiento de estándares, la supervisión regular y las intervenciones dirigidas a garantizar la observancia de aquellos estándares<sup>14</sup>. Los estándares tienen que ver con la educación, el comportamiento ético, la competencia, la actuación profesional (*performance*) y el compromiso. La supervisión se basa en las evaluaciones periódicas, la revisión por pares (*peer review*), las auditorías clínicas, la valoración de la gestión clínica y la investigación de los comportamientos inadecuados (sea por desviación ética o por incompetencia). Finalmente, las intervenciones suponen la introducción de la revalidación, de la que se habla más adelante, y la aplicación de los reglamentos y códigos sancionadores.

### La autorregulación como seña de identidad profesional

Los sistemas de regulación de la profesión médica en todo el mundo pueden esquematizarse en 3 modelos fundamentales: la autorregulación independiente, la autorregulación concedida por

el Estado y la regulación estatal directa<sup>11</sup>. Este último modelo es el propio de los países con regímenes altamente estatizados (como era el caso de los países de la Europa del Este durante el período de dominación soviética) y no vamos a considerarlo aquí. Los otros 2 son los más comunes en los países occidentales con democracias desarrolladas y conforman un espectro con unos extremos en los que se sitúan los modelos más puros (de manera esquemática podríamos tipificarlos en EE.UU. y Reino Unido) y una amplia zona intermedia donde se dan combinaciones diversas de ambos (en ella se pueden incluir la mayoría de países europeos).

En los 2 modelos considerados, el sistema regulador tiene 2 componentes fundamentales: la regulación externa y la autorregulación. La primera es la que establece el Estado-gobierno a través de las leyes y regulaciones específicas; la autorregulación, por el contrario, es la que lleva a cabo la propia profesión a través de sus códigos de comportamiento ético-profesional y las normativas propias de los organismos legalmente reconocidos (los colegios profesionales en nuestro país). La capacidad de autorregulación constituye uno de los pilares básicos del ideario profesional, hasta el punto de que se ha podido decir que una profesión no es otra cosa que un grupo ocupacional que ha conseguido autorregularse<sup>15</sup>. En la actualidad, en un contexto social que difícilmente acepta privilegios grupales, se tiende a hablar más de corregulación o regulación compartida, para referirse a la capacidad que el Estado otorga a la profesión para establecer pautas de regulación propias dentro del marco legislativo general, en el sentido de autorregulación concedida al que antes hemos aludido<sup>16,17</sup>.

Los fundamentos conceptuales de la autorregulación hay que buscarlos en lo que Arrow, Fukuyama, O'Neill y Jovell, entre otros, han postulado acerca de la necesidad de la confianza como elemento fundamental de la sociedad, facilitadora de la interacción y de los intercambios que en su seno se dan<sup>18–21</sup>. Y es que si, por un lado, un exceso de regulación legislativa y de control estatales tiene sus propias limitaciones e inconvenientes<sup>22–24</sup>, por otro las tareas complejas, como las que usualmente lleva a cabo una profesión como la médica, no pueden juzgarse con estándares sencillos y normalizados, so pena de cometer errores burdos de apreciación y daños irreparables<sup>25</sup>. De ahí que en el sector sanitario la confianza sea mucho más importante si cabe, dada la naturaleza de la interacción médico-paciente, en la que aquél se convierte en un agente fiduciario en el que el segundo deposita su confianza plena, que puede compendiarse en 3 planos: confianza en su integridad personal, confianza en su competencia profesional y confianza en que procurará en todo momento lo mejor para él<sup>26–30</sup>.

En otro orden de cosas, como acertadamente señala O'Neill<sup>20</sup>, la tendencia actual a conseguir una regulación cada vez más perfecta provee, sin duda, a los ciudadanos y a los pacientes de mayores cantidades de información, de elementos más precisos de comparación y de sistemas más evolucionados de reclamación, pero, a la vez, da pie a una cultura de la sospecha, a unos principios morales disminuidos y, en última instancia, a un comportamiento profesional cada vez más cínico, con lo que se sientan las bases para una desconfianza creciente entre la ciudadanía.

Ciertamente, la autorregulación presenta sus ventajas e inconvenientes, debidamente compendiados en la tabla 1<sup>12,31</sup>. En general, su introducción se basa en consideraciones de pericia y eficiencia, y debe atenerse a 3 tipos de compromiso: con los miembros del colectivo autorregulado, con la población y con el gobierno.

Desde la consolidación de la profesión médica, su autorregulación siempre se ha dado por supuesta, variando, en todo caso, los márgenes dentro de los que se lleva a cabo en la práctica. Asimismo, desde siempre han aparecido voces críticas, cada vez

**Tabla 1**  
Ventajas e inconvenientes de la autorregulación

Ventajas	<p>Estimula la implicación de los profesionales autorregulados</p> <p>Favorece una mejor aceptación de las normas de regulación</p> <p>Suele ser menos costosa para el gobierno</p> <p>Es más flexible y adaptable a las situaciones cambiantes</p> <p>Es más apta para detectar los incumplimientos</p> <p>Es más efectiva para vehiculizar las quejas</p>
Inconvenientes	<p>Puede comportar la autoprotección del grupo autorregulado y una pérdida de legitimidad</p> <p>Puede conducir a una desprotección de la población</p> <p>No siempre las normas son plenamente aceptadas por los profesionales autorregulados</p> <p>No elimina los costes que repercuten sobre la población</p>

más numerosas en los últimos tiempos, que proclaman el deterioro progresivo de la autorregulación al orientarse mayormente en favor de actuaciones de defensa corporativa de la profesión, que le restan justificación y credibilidad. Es por ello que profundizar en una autorregulación seria, transparente y comprometida constituye uno de los pasos prioritarios que la profesión debe dar cuanto antes, si quiere seguir manteniendo su estatus y legitimidad social.

### Componentes de la autorregulación

Para que la autorregulación sea eficiente y socialmente creíble<sup>32</sup>, debe llevarse a cabo con convicción por parte de la profesión, que debe saber huir de las tentaciones corporativistas —siempre presentes, y mucho más en situaciones como la que atraviesa la profesión médica en España— y recalcar su compromiso con la defensa y protección de los ciudadanos y pacientes ante todo.

En otra parte hemos compendiado los componentes de la autorregulación, que básicamente son: regulación de la entrada en la profesión, introducción de la revalidación, aplicación del código deontológico y los reglamentos sancionadores, gestión adecuada de los errores médicos y de la variabilidad de la práctica clínica, y finalmente, compromiso con la formación médica continuada y el desarrollo profesional continuo<sup>33</sup>. Todos ellos son importantes, pero sin duda la introducción de la revalidación constituye la verdadera piedra de toque de todo proceso de autorregulación creíble. En línea con los planteamientos más actuales en la literatura internacional al respecto<sup>34-37</sup>, por revalidación debemos entender la introducción por parte de los organismos competentes, ya sean de carácter gubernamental, profesional o mixto, de algún tipo de requisito periódico para mantener determinado estatus profesional. Si dicho estatus se refiere al mantenimiento de la licencia de ejercicio, se habla de relicencia, y si tiene que ver con el mantenimiento de la certificación de especialista, se habla de recertificación.

De ningún sistema de revalidación se puede esperar que garantice plenamente que todos los médicos mantienen actualizada su competencia a lo largo de su vida profesional, pero, en todo caso, los 2 componentes enunciados están orientados a combatir la obsolescencia profesional, que hace que los médicos con más tiempo de práctica ofrezcan una asistencia menos adaptada a los estándares aceptados universalmente y, en términos generales, de menor calidad<sup>38</sup>.

Lo que sí constituye un componente intrínseco de todo sistema de revalidación es su estrecha relación con el contrato social que la profesión establece, como hemos visto, con la sociedad y el Estado, y mediante el cual aquélla se compromete a implantar estándares de práctica, estimular el aprendizaje continuo de los profesionales a lo largo de su vida, velar por la calidad asistencial y

garantizar razonablemente que los médicos se esfuerzan por mantener su competencia actualizada permanentemente<sup>39</sup>. En este contexto, es importante subrayar que el proceso de revalidación debe orientarse de forma prioritaria a estimular el mantenimiento de la competencia de la mayoría de los médicos (teoría de la mejora constante) ofreciéndoles ayuda, soporte e incentivos, antes que a identificar a la minoría de incompetentes, que inevitablemente hay (teoría de las manzanas podridas), y a los que eventualmente se debe sancionar u obligar a llevar a cabo programas de formación orientados a remediar las lagunas competenciales que presentan<sup>40,41</sup>.

### La regulación de la profesión médica en España

En nuestro país las profesiones tienen un reconocimiento explícito 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»<sup>42</sup>. Con anterioridad al texto constitucional existía la Ley de Colegios Profesionales de 1974, que fue modificada en diciembre de 1978<sup>43,44</sup>. En el texto refundido se especifica claramente 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. En otras partes especifica que «será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas la incorporación al Colegio en cuyo ámbito territorial se pretenda ejercer la profesión», y que «quien ostente la titulación requerida y reúna las condiciones señaladas estatutariamente tendrá derecho a ser admitido en el Colegio Profesional que correspondan».

Entre las funciones de los colegios profesionales que contempla dicha ley, por lo que aquí nos interesa cabe mencionar:

- 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.

Desde 1978 dicha ley no ha sido actualizada y son las comunidades autónomas las que, en los últimos tiempos, han ido promulgando sus propios textos legislativos sobre el particular. Uno de los últimos textos autonómicos es el de la Generalitat de Catalunya, cuya Ley del Ejercicio de las Profesiones Tituladas y de los Colegios Profesionales<sup>45</sup> introduce algunas novedades de gran interés, como veremos más adelante.

Por lo que se refiere a la regulación de la profesión médica en particular, los textos legislativos fundamentales vienen compendiados en la tabla 2. Por supuesto, hay otras disposiciones que tienen que ver con algunos aspectos parciales relacionados con la regulación de la profesión, pero no las contemplamos aquí por razones obvias.

La Ley General de Sanidad<sup>46</sup> supuso un hito en la legislación sanitaria española, al formular las bases del nuevo Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, los enunciados relacionados con la regulación de la profesión son escasos, limitándose a los artículos 84 a 87, en los que se contemplan diversos aspectos en

**Tabla 2**

Textos del ordenamiento legislativo español en los que se contemplan distintos aspectos de la regulación de la profesión médica

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)

relación con el personal de los servicios públicos de salud, y al artículo 88, que específicamente se refiere al derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>47</sup> se promulgó con el objetivo de adecuar la anterior a los desarrollos sociales y sanitarios ocurridos en el período que media entre ambas. Explícitamente estaba destinada a establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones sanitarias públicas para asegurar a los ciudadanos 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. Esta ley presta mucha mayor atención al tema profesional, al que se dedica todo el capítulo III (arts. 34 a 43), donde se abordan cuestiones relacionadas con la planificación y formación de recursos humanos (formación de pregrado, de posgrado, continuada y profesional), así como con el desarrollo profesional, la competencia y la movilidad de profesionales.

Sin embargo, es la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>48</sup> la que puede considerarse el texto nuclear por lo que se refiere a la regulación de la profesión. Dicha ley vino a llenar un vacío normativo al respecto, con el objetivo de posibilitar la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, tanto en su vertiente pública como privada, y de garantizar los niveles de competencia necesarios. En todo su articulado se contemplan la definición y clasificación de las profesiones sanitarias; las modalidades y ámbitos del ejercicio profesional; la formación de los profesionales (de pregrado, de posgrado o especializada y continuada); el desarrollo profesional y su reconocimiento; el ejercicio privado, y las modalidades de participación de los profesionales.

Finalmente, en la Ley del Estatuto Marco<sup>49</sup> se contemplan los aspectos laborales y salariales del personal estatutario de los servicios públicos autonómicos de salud, y se establecen su clasificación; su planificación y ordenación; los 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 que ha tenido, la carrera profesional.

Todo este entramado legislativo constituye la que podemos denominar regulación externa o gubernamental de la profesión médica. En España, la autorregulación/regulación compartida reposa básicamente en los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, aprobados por Real Decreto, de 16 de junio de 2007, del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>50</sup>. En su articulado se contemplan las funciones esenciales de este organismo superior de regulación de la profesión, entre las que destacan: el establecimiento de las normas ético-deontológicas de la profesión, el establecimiento de los criterios de colegiación, la mejora de las condiciones del ejercicio de la medicina que garanticen la calidad asistencial, la actualización de la competencia profesional de los médicos y la

adecuación del ejercicio profesional a los intereses de los ciudadanos.

No hay ninguna mención explícita a la introducción de requisitos periódicos que deban satisfacer los médicos para mantener la colegiación, pero en diversas ocasiones se hace referencia a la función de garantía de la competencia y a la necesidad de adecuación a los intereses sociales. De ahí que no cueste demasiado interpretar que, siempre dentro del marco legislativo vigente, no ha de resultar insuperable el intento de introducir lo que, tomando las referencias de la terminología internacional antes mencionada, puede denominarse «recolegiación», equivalente a lo que internacionalmente se conoce como «relicencia de ejercicio».

A este respecto es interesante señalar que en la ley de la Generalitat de Catalunya antes mencionada<sup>45</sup> aparece una referencia explícita a la posibilidad de que el colegio imponga la obligatoriedad de realizar actividades de formación profesional o deontológica a un colegiado que haya incurrido en un incumplimiento de sus deberes relacionados con el ejercicio o la deontología profesionales. Obviamente, esta obligatoriedad entronca de manera directa con los postulados de la revalidación y equivale a lo que hemos denominado formación continuada para remediar lagunas competenciales.

Para completar el panorama español de la regulación compartida de la profesión hay que mencionar los otros elementos sustanciales de la misma: estatutos y reglamentos de los consejos autonómicos de colegios de médicos y estatutos y reglamentos de los colegios provinciales.

No debemos pasar por alto un ámbito de regulación profesional de características muy distintas: el de las sociedades científicas. Por su naturaleza de entidades de derecho privado, no sujetas a ninguna legislación específica como los colegios, sus competencias reguladoras distan mucho de las de éstos; sin embargo, en sus ámbitos propios (la competencia de especialidad) pueden y deben introducir iniciativas de regulación, orientadas a garantizar la competencia específica de sus miembros y a facilitar el mantenimiento de ésta a través de programas de formación médica continuada y desarrollo profesional continuo. De hecho, en los últimos tiempos algunas sociedades científicas han llevado a cabo iniciativas pioneras en los ámbitos de la evaluación de la competencia y lo que puede asimilarse a una recertificación, por más que ésta encuentre difícil encaje en un contexto caracterizado por la expedición de titulaciones de especialista para toda la vida.

Por último, recordando lo que decía al comienzo, 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.

## Conclusiones

Podemos deducir que la regulación exterior de la profesión médica en España se halla razonablemente articulada y que, en todo caso, de lo que adolece es de la falta de un desarrollo normativo subsiguiente de las principales leyes promulgadas, muy especialmente de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Especial relevancia tiene, a mi juicio, la existencia de 2 marcos legislativos claramente diferenciados del desarrollo profesional continuo y la carrera profesional, los cuales, por más que presenten solapamientos que inducen a confusión, constituyen herramientas extraordinariamente positivas si el mundo profesional y los entes reguladores saben utilizarlas adecuadamente. A este respecto, creo de interés señalar la confusión existente en determinados ambientes entre la carrera profesional y el desarrollo profesional continuo, que se traduce en intentos de asimilación de este último a la primera, básicamente en términos de repercusión económica de los esfuerzos individuales relacionados con el mantenimiento de la competencia. Sin que deba separarse radicalmente el desarrollo profesional continuo del médico de los emolumentos que recibe (ya sean salariales o de otro tipo), debe recalcar la conveniencia de mantener áreas profesionales alejadas de toda traducción económica, si queremos mantener vigente el ideario profesional más genuino y no entrar en una vía de desprofesionalización creciente.

Por lo que se refiere al marco de la autorregulación, la profesión médica, mayormente anclada en postulados caducos por un lado, e incapaz de salirse de las coordenadas del marco laboral asalariado y estatutario por otro, se muestra muy reacia a llevar a cabo el cambio que debería liderar, en el sentido de profundizar en su autorregulación/regulación compartida, sentando las bases del nuevo contrato social con el Estado y con la sociedad. En este sentido, siguiendo el ejemplo de otros países de nuestro entorno, la profesión en conjunto —y muy especialmente sus organizaciones profesionales— debe ver claro el horizonte y, tomando la iniciativa, liderar el proceso de cambio que ha de llevarla a un mayor grado de compromiso y transparencia, a una franca apertura hacia las asociaciones de pacientes, a mayores niveles de exigencia ético-profesional de sus miembros, a una implantación de los postulados del desarrollo profesional continuo y, finalmente, a una decidida introducción de iniciativas de revalidación adaptadas a la situación del país<sup>51</sup>. Para ello resulta indispensable que la profesión vea claro que debe abandonar definitivamente la cultura de la queja, en la que lleva demasiado tiempo instalada, y liderar el proceso de cambio que acabo de describir si quiere mantener su estatus y seguir haciéndose acreedora de la confianza que la sociedad le viene demostrando en las últimas encuestas. Sería suicida aplazar los cambios al amparo de una sensación de seguridad que, basada en la situación de hoy, en un contexto social de cambio acelerado puede desvanecerse de un día para otro.

Hay que tener muy en cuenta que desde hace varias décadas los gobiernos han racionalizado sus estructuras internas, centralizado sus aparatos y profesionalizado a sus agentes, perfeccionado sus instrumentos de información y propaganda, y, finalmente, ampliado las áreas de intervención, ampliación que ha sido especialmente notoria en el sector sanitario a medida que ha adquirido carta de naturaleza el Estado del bienestar<sup>52,53</sup>. Por el contrario, la profesión médica y sus organizaciones profesionales no han sabido evolucionar en similar medida, al compás de las reformas sociales de gran calado que se han producido, y permanecen ancladas en una situación pretérita caracterizada por una posición de privilegio, que se halla absolutamente periclitada en la actualidad. Por ello, si la profesión no se decide a iniciar las reformas necesarias para adaptarse a la nueva situación, no cabe ninguna duda de que lo harán, como de hecho ya viene ocurriendo en algunos casos, los gobiernos autonómicos, cada vez más intervencionistas a partir de sus papeles de empleadores mayoritarios de los médicos en los servicios públicos de salud y de agentes reguladores por excelencia.

Si, como hemos visto, los colegios de médicos son las entidades profesionales de derecho público legalmente reconocidas en el

ordenamiento jurídico español, han de ser capaces de liderar el proceso de cambio y aglutinar al resto de agentes del mundo profesional —muy especialmente las sociedades científicas—, con los que han de establecer alianzas que permitan que la profesión hable con una sola voz ante los otros agentes del contrato social: el Estado-gobierno y la sociedad<sup>54</sup>. Sólo así se harán acreedores de la confianza que éstos deben depositar en ellos si no queremos adentrarnos en un panorama de desprofesionalización progresiva de la profesión y de una preeminencia absoluta del papel de los gobiernos en la regulación directa de aquélla, acotando cada vez más los estrechos márgenes de autorregulación de que dispone en la actualidad.

## Agradecimiento

Agradezco a M. Bruguera, A. Gual, A. Oriol-Bosch y J.J. Rodríguez Sendin sus comentarios, que han contribuido a enriquecer el texto.

## Bibliografía

- Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico, hoy? Med Clin (Barc). 2007;129:17-22.
- Gilb CL. Hidden hierarchies. The professions and the government. Westport, CT: Greenwood Press; 1966.
- Björkman JW. Politicizing medicine and medicalizing politics: physician power in the United States. En: Freddi G, Björkman FW, editors. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage Publications; 1989. p. 28-73.
- Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? Educación Médica. 2003;6:63-80.
- Oppl H, Von Kordoff E. The National Health Care System in the welfare state. Soc Sci Med. 1990;31:43-50.
- Salter B. The new politics of medicine. Harmpshire: Palgrave Macmillan; 2004.
- Klein R. The state and the profession: the politics of the double bed. BMJ. 1990;301:700-2.
- Moran M. Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany. Manchester: Manchester University Press; 1999.
- Nobrega FT, Krishnan I. The impact of regulation and competition on the quality of health care: a physician's perspective. Mayo Clin Proc. 1983;58:834-7.
- Freddi G. Problems of organizational rationality in health systems: Political control and policy options. En: Freddi G, Björkman JW, editors. Controlling medical professionals. The comparative politics of health governance. London: Sage Publications; 1989. p. 1-27.
- Moran M, Wood B. States, regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press; 1993.
- Baldwin R, Cave M. Understanding regulation: theory, strategy and practice. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Better Regulation Task Force. Alternatives to state regulation. London: Cabinet Office; 2000.
- Thompson E. Understanding medical regulation. A guide to good practice. London: HJSP Consulting; 2005.
- Wolinsky FD. The professional dominance perspective revisited. The Milbank Quarterly. 1988;66(Suppl 2):33-47.
- Allsop J. Regulation and the medical profession. En: Allsop J, Saks M, editors. Regulating the health professions. London: Sage; 2002. p. 79-93.
- Ayres I, Braithwaite J. Responsive regulations. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Arrow KJ. The limits of organization. New York: Norton; 1974.
- Fukuyama F. Trust. The social virtues and the creation of prosperity. New York: Free Press; 1995.
- O'Neill O. A question of trust. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
- Jovell AJ. La confianza. En su ausencia no somos nadie. Barcelona: Plataforma Editorial; 2007.
- Balwin R. Why rules don't work. Modern Law Rev. 1990;53:321-7.
- Power M. The audit society. Rituals of verification. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Baily MA. Harming through protection? N Engl J Med. 2008;358:768-9.
- O'Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. Clin Med. 2004;4:269-76.
- Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. Milbank Quarterly. 1996;74:171-89.
- Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. Soc Sci Med. 2003;56:1453-68.
- Annison MH, Wildford DS. Trust matters. New directions in health care leadership. San Francisco: Joosey-Bass Pub; 1998.

29. Coulter A. Patients' view of the good doctor. Doctors have to earn patients' trust. *BMJ*. 2002;325:668–9.
30. Safran DG. Patients' trust in their doctors: are we losing ground? En: Shore DA, editor. *The trust crisis in healthcare. Causes, consequences and cures*. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 79–88.
31. Baggott R. Regulatory politics, health professionals, and the public interest. En: Allsop J, Saks M, editors. *Regulating the health professions*. London: Sage; 2002. p. 31–46.
32. Johnson JN. Making self-regulation credible. Through benchmarking, peer review, appraisal and management. *BMJ*. 1998;316:1847–8.
33. Oriol-Bosch A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la Fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [consultado 07/11/2006]. Disponible en: [http://www.cgcom.org/informes/pdf/06\\_11\\_23\\_libro\\_ser\\_medico\\_hoy.pdf](http://www.cgcom.org/informes/pdf/06_11_23_libro_ser_medico_hoy.pdf).
34. Pardell H. Regulación profesional y revalidación. *DPM*. 2007;0:16–22.
35. Buckley G. Revalidation is the answer. *BMJ*. 1999;319:1145–6.
36. Du Boulay C. Revalidation of doctors in the United Kingdom: the end or the beginning? *BMJ*. 2000;320:1490.
37. Trust, Assurance and Safety. The regulation of health professionals in the 21st Century. Presented to Parliament by the Secretary of State of Health [consultado 06/03/2007]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/14/31/43/04143142.pdf>.
38. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142:260–73.
39. Benson Jr JA. Certification and recertification: one approach to professional accountability. *Ann Intern Med*. 1991;114:238–42.
40. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*. 1989;320:53–6.
41. Pierson RN. Remedial medical education: the problem of «dyscompetence». En: Rosof AB, Campbell W, editors. *Continuing medical education. A primer*. 2nd ed. Westport, CT: Praeger; 1992. p. 202–5.
42. Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. p. 29313–39.
43. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 40, de 15 de febrero de 1974. p. 3046–9.
44. Ley 74/1978, de 26 de diciembre, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 10, de 11 de enero de 1979. p. 654.
45. 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.
46. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. p. 15207–24.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. Berwick DM. Medical associations: guilds or leaders? *BMJ*. 1997;314:1564–5.
52. Tilly C. *The formation of the national states in the Western Europe*. Oxford: Princeton University Press; 1975.
53. Pérez V. *El retorno de la sociedad civil*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 1987.
54. Grabham T. Divided we fall (yet again). The medical profession's need to speak with one voice. *BMJ*. 1994;309:1100–1.