

# **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica**

**Juan F. Hernández Yáñez**

Documento de trabajo 127/2007



## Juan F. Hernández Yáñez

Licenciado en Sociología (UCM, 1981), funcionario de carrera en excedencia del Cuerpo Superior Facultativo (Sociólogos) de la Junta de Andalucía, ha ocupado, entre 1983 y 1995, diferentes posiciones en el Insalud (asesor técnico), el Servicio Andaluz de Salud (director de planificación y control de recursos humanos) y la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (director general de análisis y estudios). Desde 1996, es consultor en organizaciones y servicios y director de desarrollos en Eryba Estudios de Mercado, SL. Ha sido consultor, dentro del sector sanitario, para el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Organización Mundial de la Salud y diversos servicios de salud, centros hospitalarios y organizaciones profesionales sanitarias. Es profesor colaborador permanente de la Escuela Nacional de Sanidad desde 1991.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Juan F. Hernández Yáñez

ISBN: 978-84-96653-94-8

Depósito Legal: M-55810-2007

## Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1. El marco interno del debate: ¿existe realmente una crisis del modelo tradicional de organización corporativa de la profesión médica?</b> .....	<b>17</b>
1.1 Sistemas de organización corporativa .....	17
1.2 Descripción de la situación actual en España .....	22
1.3 Las sociedades científicas y otros agentes. Interrelaciones .....	27
<b>2. El complicado e inevitable marco legal español</b> .....	<b>33</b>
2.1 Los colegios profesionales en la Constitución Española de 1978 y su peculiar desarrollo legislativo .....	33
2.2 Otros aspectos jurídico-legales .....	44
<b>3. Convirtiendo (o no) los problemas en oportunidades: análisis de casos</b> .....	<b>49</b>
3.1 El caso del Reino Unido .....	49
3.2 El caso de España .....	55
<b>4. El contexto organizacional interno</b> .....	<b>61</b>
4.1 La filosofía de gobierno del sistema sanitario .....	61
4.2 Multidimensionalidad de los servicios de salud .....	63
4.3 El problema del ausente liderazgo .....	64
4.4 Relaciones laborales y el caso de la carrera profesional .....	66
<b>5. Una propuesta de organización corporativa de la profesión médica</b> .....	<b>69</b>
5.1 Resumen de antecedentes .....	69
5.2 Reformas a corto y medio plazo .....	73
5.3 Corolario: los gobiernos deben gobernar: ¿quieren?, ¿pueden?, ¿saben? .....	81
<b>Índice de Tablas</b> .....	<b>83</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>84</b>

### Siglas y abreviaturas

AMA	Agrupación Mutual Aseguradora
CC AA	Comunidades Autónomas
CE	Constitución Española
CGCOM	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
COM	Colegio(s) Oficial(es) de Médicos
FADSP	Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública
GMC	General Medical Council
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
NHS	National Health Service
OMC	Organización Médica Colegial
PSN	Previsión Sanitaria Nacional
RDL	Real Decreto Ley
SEAFORMEC	Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSP	Sistema Sanitario Público
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
TC	Tribunal Constitucional
TS	Tribunal Supremo
TSJ	Tribunal(es) Superior(es) de Justicia (autonómicos)

## Propuesta de organización corporativa de la profesión médica

**Juan F. Hernández Yáñez**

Consultor en Organizaciones y Servicios

El presente documento aborda los antecedentes, situación actual y necesidades de futuro del sistema médico de organización corporativa. A pesar de que la profesión médica mantiene una muy buena valoración por los ciudadanos y pacientes y constituye el principal activo del Sistema Nacional de Salud, ha sido descrita con frecuencia –no sólo en España– como un grupo profesional desmotivado, desmoralizado, sobreexigido y que se siente amenazado por ciertas dinámicas emergentes, de todo tipo, que no sólo están transformando la práctica clínica, sino los propios servicios de salud.

En su introducción, el documento trata de ampliar y actualizar las bases conceptuales a partir de las cuales es posible estudiar la medicina como profesión y su organización corporativa. Se pone énfasis en que la ya tópica “crisis de la profesión médica” es más bien un “proceso de transición” enmarcado en una reformulación del conjunto de las instituciones sociales que deben adaptarse a un nuevo modelo de relaciones con la sociedad, sin que les resulte ya posible sustentar su legitimidad en una mera retórica valorativa, sino que deben aportar utilidad social.

En esta necesaria transición, el modelo de organización corporativa médica actual español forma parte del problema, de manera que difícilmente, sin una profunda reforma, podría formar parte de las soluciones. Basándonos en un estudio de la propia Organización Médica Colegial (OMC), los médicos reconocen que colegios profesionales, sociedades científicas y sindicatos son totalmente inoperantes en la defensa de sus intereses. A ello se añade una creciente judicialización de la relación entre profesión y sociedad.

Se examinan las bases legales y jurisprudenciales para analizar hasta qué punto las capacidades legislativas y de desarrollo normativo (estatal y autonómicas) permiten una transformación del actual sistema, así como algunos aspectos donde existe una verdadera colisión (legal y organizacional) entre las competencias y funciones de las administraciones públicas y las organizaciones corporativas.

Tras repasar el contexto organizacional interno (el encaje de los profesionales en los servicios sanitarios y sus relaciones con la dirección política y sus tecnoestructuras), el documento finaliza remarcando la necesidad de que se desarrolle un marco legislativo propio y específico de los colegios médicos (algo factible, legalmente y según la persistente jurisprudencia del Tribunal Constitucional), pero también resalta las dificultades para legislar en este terreno, derivadas de las difíciles relaciones verticales (con los médicos) y horizontales (con las comunidades autónomas) hoy existentes. Se realiza una propuesta “reformista” (pragmática) a corto y medio plazo, centrada en seis aspectos básicos:

- “Adelgazamiento” organizativo de la OMC y adecuación estructural al Estado de las autonomías.
- Democratización interna de las estructuras directivas colegiales.
- Reformulación de la colegiación obligatoria, diferenciando los actos administrativos de registro/licencia (obligatorio para ejercer la medicina) y colegiación (sólo obligatoria para el ejercicio de la práctica privada).
- Apertura a la sociedad de las estructuras directivas colegiales.
- Redefinición de las competencias delegadas, que quedarían resumidas en:
  - Licencia/registro de médicos (compartido con las administraciones públicas, como prevé la Ley).
  - Registro y control de situaciones de potencial conflicto de intereses.
  - Acreditación de actividades formativas.
  - Aplicación del régimen disciplinario exclusivamente a sus colegiados.
  - Representación exclusiva de la profesión en los órganos formales de participación y negociación política, en un marco de cooperación y lealtad que requiere una OMC renovada, más democrática, transparente y abierta a la sociedad.
- Reforzamiento del papel de la OMC en la coordinación interna y liderazgo del entramado asociativo médico desde una base cooperativa.

La gente y los profesionales están convencidos de que, en general, todo marcha bien con respecto a la ciencia y el arte de la medicina. Nadie sabe cuál es su destino; pero sigue por su camino y este parece ser una gran autopista. Sin embargo, la serenidad con que se observa el contenido de la medicina no se corresponde con las actitudes frente a sus formas de organización profesional. Por el contrario, existe la creencia generalizada de que, tanto con respecto a su organización como a sus relaciones con la sociedad, la medicina se encuentra en un cruce de carreteras y aún no ha encontrado la señalización  
(Falk, 1934)

## Introducción<sup>1</sup>

### A) La medicina, ¿una profesión infeliz?

La cita con que encabezamos este trabajo tiene casi 75 años, pero una plena vigencia a pesar del tiempo transcurrido. Su lectura hoy resulta desconcertante, porque propone algunas reflexiones y formula bastantes preguntas sobre el futuro de la relación entre medicina y sociedad, que siguen aún hoy sin respuesta, pero que ya eran objeto de preocupación y debate hace tres cuartos de siglo. Este documento, naturalmente, no pretende encontrar respuestas para algo tan complejo, pero sí hunde sus raíces en ciertos aspectos de la relación entre medicina y sociedad que, como vemos, no son precisamente de ayer ni se van a solventar mañana; no es más que una modesta aportación, muy localizada temporal y espacialmente, que engarza con una tradición investigadora que no ha dejado de formular preguntas muy similares a las de Falk en 1934.

La sanidad, al igual que la educación, el derecho y otros sectores de actividad, tiene una base de servicio eminentemente profesional; ello significa que los profesionales constituyen su principal activo y que, por tanto, deberían constituir un elemento fundamental de sus reflexiones y políticas.

---

<sup>1</sup> El autor agradece profundamente los comentarios de José Manuel Freire, Luis Ángel Oteo y Javier Rey, especialmente teniendo en cuenta las discrepancias con algunas de las propuestas que se realizan. Ello implica, naturalmente, que la responsabilidad final del documento corresponde exclusivamente a su autor.

Dentro de esta base profesional sanitaria, y sin que ello desmerezca en absoluto la esencial aportación de otros grupos profesionales, los médicos poseen una centralidad innegable. Dicho en términos menos asépticos y pedantes, la medicina ocupa la posición central en el sistema sanitario; los médicos lideran, salvo en contadas ocasiones, los equipos sanitarios; poseen las más extensas competencias y funciones técnicas; asumen, o supervisan en su caso, los procesos esenciales de toma de decisiones sobre los problemas de salud de los pacientes; prescriben, casi en exclusiva, las prestaciones y deciden las derivaciones entre los diferentes niveles asistenciales; incorporan y desarrollan en el seno de los servicios de salud su base científica y tecnológica más crítica, sus competencias esenciales; constituyen, en definitiva, la referencia básica de la inmensa mayoría de los ciudadanos cuando acuden a los servicios sanitarios: van “al médico”.

Pero la profesión médica parece ser una profesión infeliz (*unhappy*) (Smith, 2001, Canadian Medical Association, 2003), lo cual, visto lo anterior –esa innegable centralidad–, hace que ello no sea únicamente su problema, sino también el nuestro, el de todos (incluidas las otras profesiones).

Descrito con una cierta retórica sociologizante, “los historiadores han creado –y los médicos así lo han aceptado– una historia explicativa de la actual profesión médica basada en los familiares mitos culturales del paraíso perdido y el héroe derrotado” (Stevens, 2001): “héroes derrotados en un paraíso perdido” (Laugesen y Rice, 2003).

Los médicos están sobrecargados de trabajo y faltos de reconocimiento social y apoyo directivo, como diagnóstica sumariamente Smith (2001); y sobreexigidos por una sociedad con confianza casi ilimitada en la capacidad de la ciencia para dar solución a sus problemas de salud, añade el mismo autor. Están mal pagados, además. Sin duda, problemas similares son compartidos por otras profesiones, dentro y fuera del sector sanitario; la sociedad ha cambiado mucho y muy rápidamente, sus exigencias son mayores, más urgentes, más sofisticadas.

Los profesionales, en general, se sienten maltratados, controlados, amenazados en su identidad y desprotegidos y, por añadidura, son una plétora, pues ser profesional ya no es un rasgo distintivo, en el sentido de superioridad intelectual que convoca un respeto adicional. En esta sociedad de profesionales se está devaluando el sentido moral y práctico de la profesionalidad, ya que es un mundo dominado por organizaciones cuyo principal empeño es estandarizar las prácticas, evaluar los rendimientos, disciplinar las conductas, distinguir el trigo (técnica) de la paja (arte). La gran paradoja está en una sociedad cada vez más profesionalizada con profesionales cada vez más “desprofesionalizados”, al menos a la luz del concepto tradicional de profesionalismo (este aspecto está desarrollado en Hernández Yáñez, 2005a).

Aun dentro de este marco profesional general, existen algunos factores adicionales que afectan de manera específica a los médicos: si su histórica capacidad de dominación ex-



terna (influencia en las decisiones sobre las políticas que les afectan) está siendo erosionada, también perciben que lo está siendo su capacidad de dominación interna (sobre el resto de las profesiones sanitarias). Las fronteras profesionales se están diluyendo y desplazando; los “mapas profesionales” tradicionales empiezan a no servir como guía segura de circulación; sistemas cada vez más pragmáticos adoptan decisiones cada vez más pragmáticas y rechazan la inviolabilidad de los modelos heredados, incluyendo las competencias autorreguladoras e históricamente exclusivas, en beneficio de la racionalidad organizacional.

En el sector sanitario, los conflictos interprofesionales se generalizan; siempre los ha habido en sentido horizontal –competencias y funciones entre iguales; diferentes especialidades, diferentes titulaciones de un mismo nivel–, pero ahora la horizontalidad (colegios de médicos frente a colegios de odontólogos y estomatólogos o de psicólogos, fronteras funcionales entre diferentes especialidades...) va siendo sustituida por la verticalidad (técnicos especialistas frente a enfermeras; enfermeras frente a médicos...). En otros sectores profesionales, como las ingenierías, la arquitectura o la abogacía, siempre ha existido esta competitividad vertical y ha sido, y sigue siendo, causa de conflictividad, pero no en la sanidad, donde el respeto a una jerarquía basada en el nivel de titulación parecía absolutamente incontestable.

A juzgar por lo que escriben y relatan algunos, ¿muchos?, médicos, es aquí donde encuentran más amenazada hoy en día su centralidad en el sistema, en el deterioro de su capacidad de dominación interna. Así es, por ejemplo, cuando se enfrentan al “rol expandido de la enfermería”, que exige competencias y funciones tradicionalmente asumidas como dominio médico exclusivo (prescripción, por ejemplo), o cuando sienten que se abren grietas peligrosas en un muro de contención hasta hace bien poco bastante seguro. Algunas experiencias internacionales demuestran que los reguladores han avanzado con decisión, pero con extrema prudencia, abordando la distribución competencial con sentido realista, pero con garantías sobre la funcionalidad y seguridad de este nuevo modelo “difuso”.

En este contexto, no resulta extraño que comience a generalizarse una cierta preocupación sobre los modelos de organización corporativa de la profesión médica. En algunos países se ha avanzado en nuevas formulaciones, pero se trata de países con consolidados liderazgos profesionales y políticos; no es el caso de España. Y aquí es donde encontramos la razón de ser de este trabajo: la extraordinaria y más que justificada preocupación por un modelo anquilosado, ineficiente y burocrático, con escaso valor social y creciente desafección profesional, de organización corporativa médica.

En el complejo entramado de relaciones horizontales y verticales, y desde una perspectiva de las necesidades generales del Sistema Nacional de Salud (SNS), resulta difícil centrarse en este singular objeto de análisis sin hablar de otras profesiones y estructuras estrechamente relacionadas con la medicina. Pero, de la misma manera que hemos inten-

tado un tratamiento singular de los colegios médicos, al margen del marco general de los colegios profesionales (excepto donde no ha habido otro remedio, como en el marco jurídico-legal), también hemos tratado de abstraernos a las necesidades e interacciones con otras profesiones sanitarias que, en su caso, deberían ser abordadas en su propio marco específico. Ya está siendo abordado, por supuesto, y sin duda el marco de análisis de las organizaciones profesionales sanitarias se ampliará y enriquecerá en un breve futuro.

Otro aspecto, suficientemente importante como para recalcarlo en esta introducción, es que la tensión entre regulación externa y autorregulación existe y ha existido, a todos los niveles de la política y de la acción social, desde siempre. Incluso la práctica médica ha estado sujeta a la regulación pública, cuando menos desde el código de Hammurabi, hace casi 40 siglos. Esta tensión existe y existirá porque no hay argumentos suficientemente decisivos para defender modelos puros: existen potencialidades en los modelos de autorregulación que son difícilmente alcanzables para los modelos de regulación externa, pero la autorregulación también introduce distorsiones, externalidades y asimetrías amenazantes para los bienes públicos, que los gobiernos están comprometidos a defender. Así que esta tensión permanecerá y el reto político y social consiste en encontrar puntos de equilibrio óptimos en cada momento: si la subregulación conduce a situaciones graves e inevitables de abuso (preeminencia de los intereses particulares sobre los colectivos), la sobrerregulación cohibe la innovación y desmotiva a los profesionales (Dubois *et al.*, 2006).

Además, siempre existe regulación, lo que varía es la capacidad de los agentes para administrarla y los intereses a los que sirven los reguladores. De ninguna manera debe manipularse –como se hace frecuentemente– el término autorregulación como equivalente a no regulación externa y, por tanto, a independencia; ni el concepto de regulación pública como coacción o dependencia incompatible con el “profesionalismo” (Pardell, 2006).

La búsqueda de los nuevos puntos de equilibrio actualmente necesarios es el enfoque que anima el informe que presentamos, de ahí que sus conclusiones resultarán para muchos decepcionantemente pragmáticas, y para otros heréticas. El evidente desequilibrio actualmente existente, por lo que concierne al gobierno corporativo de la profesión médica en relación con su aportación social y profesional, es lo que guía estas propuestas de reforma. Las críticas al actual modelo español y a su praxis corporativa, manifiestamente mejorables, no tienen como objetivo “hacer sangre”, sino estimular una profundización de las tímidas, pero cualitativamente significativas, reflexiones que desde la propia profesión médica y desde hace unos pocos años –¿tal vez hoy de nuevo un tanto cohibidas?– han comenzado a cuestionarse la eficacia, incluso para los propios intereses de la profesión, de la pervivencia de un modelo claramente obsoleto, sobre todo de unos tótems y tabúes que una cultura ciertamente envejecida parece incapaz de superar.

Finalmente, creemos que los retos actuales más importantes de los sistemas de salud se localizan principalmente en el área de la microgestión (en los centros y equipos sanita-

rios, en la gestión clínica) y que esta aproximación macro, aun siendo muy importante, debe tener en su punto de mira aquellas propuestas que más cooperen y menos interfieran en estas esenciales micropolíticas. Sin olvidar, por supuesto, que hablamos de sistemas de salud, pero también de profesionales, y que una profesión médica confiable, competente y motivada constituye el recurso por excelencia de los sistemas de salud.

La medicina es una institución social y su gobierno corporativo algo más que un mero entramado asociativo, organizativo y funcional. De ahí que sea no sólo legítimo, sino también inexcusable, que los poderes públicos y la sociedad en su conjunto, además de la propia profesión, desarrollen un proceso de reflexión permanente sobre la adecuación de la institución, en todas sus dimensiones (conceptual, política, económica, de liderazgo interno y externo, organizativa, valorativa...), a los valores, intereses, expectativas y necesidades sociales.

## **B) El discurso médico: contrato social, profesionalismo y autorregulación**

Si alguien hubiera patentado la expresión “ser médico hoy”, sin duda habría hecho fortuna. La profusión de publicaciones intituladas con esta expresión y otras muy similares muestra a las claras la percepción de crisis y necesidad de cambio en el seno de la profesión médica. Las respuestas a la pregunta “qué significa ser médico hoy” varían, pero muestran elementos comunes que han sido repetidos hasta la saciedad.

Contrato social, profesionalismo, independencia, autonomía, prestigio social, confianza, son términos utilizados profusamente como objeto de reflexión y definición. Por eso, en esta introducción merece la pena realizar algún comentario; el discurso médico actual sobre todas estas cuestiones (Jovell y Navarro, 2006) puede condensarse más o menos así:

A lo largo del siglo XX, las profesiones tituladas históricas (medicina, farmacia, abogacía...) han ido estableciendo un contrato social implícito, basado en la confianza, mediante el cual la sociedad y los poderes públicos han permitido un modelo de autogobierno profesional capaz de anteponer los intereses sociales y de sus “clientes” por encima de los legítimos intereses propios y de garantizar la adopción de las decisiones profesionales de manera independiente, experta y altruista.

Pero –continúa este discurso– los cambios sociales, y de manera muy especial la existencia puramente residual hoy del ejercicio liberal de la profesión, debido al masivo proceso de “asalariamiento” en el seno de grandes organizaciones, su “proletarización” (McKinlay y Arches, 1985) o “desprofesionalización” (Freidson, 1970, Guillén, 1990), han introducido cambios críticos en las prácticas profesionales.

La “autorregulación” debe convivir con crecientes regulaciones externas y sistemas de evaluación y control; la confianza en que se cimienta el contrato social está siendo erosionada; los clientes son cada vez menos pasivos y el prestigio puramente intelectual o cognitivo que poseían los profesionales en poblaciones con muy escaso nivel cultural y educativo se ha perdido hoy en sociedades con acceso generalizado a la educación superior y a la cultura. Los medios de comunicación no sólo sirven de caja de resonancia en casos de mala práctica que afectan a los profesionales, sino que también se han convertido en divulgadores de un conocimiento científico (o pseudocientífico) que permite a los clientes cuestionar las decisiones profesionales o al menos esperar argumentos y no sólo prescripciones. Las propias asociaciones médico-científicas han habilitado “áreas de pacientes” en sus páginas web, lo que contribuye a una mayor formación sanitaria de los pacientes que acota la asimetría de conocimientos característica de la relación “de agencia” entre profesión y clientes.

Finalmente, el proceso de sindicalización de muchas organizaciones profesionales y el recurso más o menos habitual a la acción sindical, huelgas médicas incluidas, evidencian algo que, pudorosamente y por no erosionar un activo mejor valorado –su prestigio social–, siempre habían tratado de esconder en un segundo plano: la existencia de intereses propios, a veces situados por encima de los intereses sociales, contradictorios con la supuesta realización de los intereses públicos de los servicios de salud.

Este discurso, aparentemente neutral u objetivo, hoy ha alcanzado carta de naturaleza entre la profesión médica. Pero también existe en los últimos años cierta convergencia con el discurso de las ciencias sociales sobre las profesiones, que en un principio se centró en el concepto de dominación médica (Freidson, 1970 y 1986; Starr, 1982; Larkin, 1983; Willis, 1983; McKinlay y Arches, 1985; entre muchos otros).

En el discurso sociológico de hoy se admite que las profesiones están viviendo un profundo proceso de cambio que, básicamente, se define como la transición de un modelo de práctica profesional implícito a otro explícito en un contexto organizacional “neoburocrático” (Harrison y McDonald, 2003) o de “burocracia *soft*” (Courpasson, 2000). Esta transición es la respuesta a una dinámica que Porter y Teisberg (2006:381) describen muy gráficamente: “Los sistemas sanitarios están en curso de colisión con las necesidades de los pacientes y la realidad económica. Sin cambios significativos, la dimensión del problema sólo puede empeorar”.

El “modelo implícito”, dominante al menos de los años cincuenta a ochenta, se caracterizaba por la interpretación exclusivamente profesional de las necesidades de los pacientes; la confianza en el pragmatismo de los profesionales para hacer frente a la crónica escasez de recursos; el empiricismo asistemático y la autorreflexión crítica como fuentes del conocimiento clínico; y la autorregulación profesional. Por el contrario, el modelo explícito que se está consolidando en los últimos veinte años se caracteriza por un enfoque neoburocrático, sustentado en evaluaciones formalizadas de las necesidades de los pa-

cientes; en análisis microeconómicos explícitos; en la acumulación de evidencias científicas y su implementación mediante reglas burocráticas; y en una creciente regulación externa (Harrison y McDonald, 2003).

En los países con sistemas sanitarios mayoritariamente públicos –prácticamente todos los de los países desarrollados–, esta transición, que indudablemente se está produciendo, se desarrolla en un contexto jurídico más regulado, con una filosofía de consenso o negociación y, desde luego, sin llegar a los límites de restricción de la autonomía clínica que se están introduciendo en los Estados Unidos de América mediante la “apropiación” por parte de los “ejecutivos de bata blanca” (Bodenheimer y Casalino, 1999a y 1999b) de los principios e instrumentos de la medicina basada en evidencias desarrollada por la propia profesión para poner coto a la variabilidad injustificada en las prácticas clínicas (Meneu, 2002).

El reto básico para la profesión médica es complejo de resolver, pero no muy difícil de formular: o las organizaciones corporativas profesionales disciplinan las prácticas de sus miembros o éstas serán disciplinadas por otros estamentos ajenos a la profesión (incluso utilizando para ello a miembros de la propia profesión); es decir, se trataría de perder autonomía individual en beneficio de la autonomía del conjunto de la profesión. Y aquí radica la esencia de un “profesionalismo renovado” a nivel corporativo: en el compromiso de las organizaciones profesionales para socializar en los valores profesionales básicos, es decir, en la excelencia y la responsabilidad (*accountability*), la ética y el humanismo (Arnold y Stern, 2006).

Desde el lado médico, las definiciones de profesionalismo tienden a subrayar su relación con la confianza (*trust*): “definimos profesionalismo médico como un conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de los ciudadanos en sus médicos” (Royal College of Physicians, 2005:14). Términos un tanto obsoletos, como vocación, ciencia y arte, moralidad o altruismo, tampoco suelen estar ausentes de estas definiciones de sabor voluntarista (Jovell y Navarro, 2006:8-9); si bien, vistos desde fuera del sistema, tales conceptos “morales” suelen ser analizados con bastante desconfianza: “las crecientes invocaciones al altruismo y a las retóricas del ‘bien común’ tienden a verse hoy como estrategias políticas mediante las cuales la profesión pudiera generar apoyos” (Pfadenhauer, 2006:570, Salter, 2000, Stevens, 2001, Allsop, 2006b, y Evetts, 2006).

En cualquier caso, el profesionalismo no puede ser sólo una loable filosofía (ABIM Foundation *et al.*, 2002), sino un método de trabajo, tan sustanciable como medible y evaluable (Stern, 2006), centrado en los pacientes (Askham y Chisholm, 2006) y en la seguridad (Gornall, 2006) y calidad asistenciales (Rosen y Dewar, 2004).

Desde nuestro punto de vista, hoy día el supuesto “contrato social implícito” que, avalado por el profesionalismo, garantiza la autonomía profesional, no es tal; se trataría más bien de un “pacto político explícito” entre los poderes públicos y las élites profesionales, concretado en leyes y normas (y también, por cierto, en un extendido *laissez-faire*). Y, si bien el profesionalismo, en sus distintas concreciones, es reclamado, tanto por los profesiona-

les como por los poderes públicos y las burocracias sanitarias, su fundamentación y propósito son distintos: para las organizaciones profesionales, el profesionalismo significa garantía de poder interno, influencia en el desarrollo de las políticas sanitarias y autonomía en el control profesional; para el Estado y las burocracias sanitarias, simplemente se trata de una estrategia de control profesional (Coburn, 2006).

Por ello, no se trataría de hacer explícito ese supuesto contrato social implícito, como se reclama desde la profesión, sino de acordar un nuevo marco político que regule las profesiones sanitarias en las condiciones que impone una sociedad avanzada. Es lo que se ha descrito como transición de un modelo de “dominación profesional” (Burau y Vrangbæk, 2006) o “agencial” (Tuhoy, 2003) hacia un modelo “contractual” (*contract model*).

Este reconocimiento ya existe, aunque sin duda de manera incipiente. Por ejemplo, los británicos Ham y Alberti (2002) –del Ministerio de Salud el primero; del Royal College of Physicians el segundo– reconocen en un artículo conjunto que el pacto implícito, que pervivió y resultó funcional durante casi un siglo, se ha ido erosionando y necesita una reformulación como nuevo pacto explícito que establezca los derechos y deberes de los tres agentes implicados: gobiernos, profesionales, ciudadanos.

Las actividades profesionales, especialmente por su legitimidad histórica heredada, son especialmente sensibles a la regulación externa. Por resumirlo de un modo gráfico, las organizaciones profesionales tienden a no asumir su ámbito competencial en sentido positivo (ejercicio competencias porque me han sido delegadas por quien legítimamente las detenta), sino en sentido negativo (me deniegan, arrebatan o usurpan competencias que me pertenecen o he detentado históricamente).

¿Cuáles son los límites que puede legítimamente imponerse a la libertad de práctica clínica desde los reguladores públicos? ¿Hasta dónde puede hablarse de injerencia política en los asuntos meramente profesionales? ¿Es legítimo –no sólo legal– que las administraciones públicas puedan decidir si la vacuna contra el virus del papiloma humano debe formar parte del calendario de vacunaciones, teniendo en cuenta la reducida tasa potencial entre afectadas/vacunadas, es decir, entre beneficio/coste<sup>2</sup>; si trastuzumab puede o no administrarse a pacientes con cáncer de mama como tratamiento de primera línea o en tumores que no sobreexpresen la proteína HER-2, a pesar de ciertos indicios de que pudiera beneficiar también en algún grado a estas pacientes; o cuál es el nivel de riesgo cardiovascular a partir del cual se debe prescribir estatinas? Si lo hacen, ¿no estarán invadiendo la libertad clínica de los profesionales?<sup>3</sup>

---

2 Y que sólo se ha probado su efectividad en algunos de los tipos del virus del papiloma humano, por lo cual no sustituye al *screening* en mujeres adultas, sino que la vacunación sería una prestación añadida.

3 En los Estados Unidos, no sería la primera vez que la American Medical Association o médicos particulares denuncian ante los tribunales de justicia al propio Congreso por “ejercer la medicina sin título” en su actividad legislativa; ya se ha hecho (Kassirer, 1997, Drazen, 2007).

Parece razonable que estas decisiones sean adoptadas conjuntamente, a través de agencias cooperativas, donde se reconozca la innegable autoridad científico-técnica de la medicina; pero en las que quienes son responsables de su financiación, de garantizar la seguridad de los servicios de salud y de concretar el alcance de la cobertura objetiva y subjetiva del sistema sanitario público pudieran introducir estos aspectos, tan pragmáticos.

Definitivamente, “otros jugadores han entrado en los procesos de toma de decisiones en los servicios de salud” (Allsop, 2006a:453) y esta tozuda realidad sin duda supone una inevitable restricción de poder para una profesión que, en buena medida, ha interiorizado durante decenios, como seña esencial de identidad, una autonomía absoluta en la toma de decisiones, no sólo en lo que concierne a sus prácticas clínicas, sino también en todo cuanto las rodea y condiciona: el desarrollo mismo de los sistemas sanitarios.

El necesario e inaplazable debate sobre los límites a la autorregulación y los nuevos modelos de organización corporativa está intermediado, sin embargo, por intereses políticos, económicos, mediáticos, sociales, corporativos e incluso personales; sin embargo, es preciso asumir que los intereses particulares son tan legítimos, en general, como inevitable su aparición, y deben ser, por tanto, gestionados inteligentemente dentro de las reglas del juego de la acción social en las sociedades democráticas (Becker, 1993).

### **C) Enfoque y marco conceptual del trabajo**

Los médicos, como en cualquier otra profesión, necesitan referencias culturales, grupales y de conocimiento para afirmar su identidad, socializarse en valores y actitudes y desarrollar cooperativamente sus normas de conducta y praxis profesional. En definitiva, necesitan desarrollar un consistente sentimiento de pertenencia a un grupo con señas de identidad propias y exclusivas, para definirse y poder ser definidos. Este proceso, que dura toda la vida profesional, se realiza en cuatro niveles diferentes:

- El centro de trabajo, donde se producen las relaciones intelectuales y afectivas con los colegas, otros profesionales y sus pacientes, desempeñan sus competencias y habilidades y cobra sentido realmente su vocación profesional.
- Su área de conocimiento o especialización específica (sociedades científicas), donde en interrelación cooperativa con sus pares contribuyen a y se benefician del desarrollo de los conocimientos, métodos y procedimientos que aplicarán en sus centros y con sus pacientes.
- Su organización corporativa, donde se proyectan socialmente como profesión con identidad e imagen propias, defienden sus intereses profesionales, individuales y colectivos (y se sienten defendidos) e intervienen activamente en el debate político y

social sobre orientaciones y desarrollos de los servicios sanitarios, tratando de ser oídos –y, a ser posible, atendidos– en los procesos de toma de decisiones.

- La sociedad en la que viven, donde obtienen el reconocimiento profesional y personal y el *feedback* que les permite conocer cómo se valora la aportación social de su grupo profesional (su “capital social”) y su prestigio; pero, al mismo tiempo, donde se generan las actitudes y expectativas sociales frente a la medicina que tanto condicionan la relación médico-paciente, con lo que cerramos el círculo.

En cada uno de estos cuatro niveles se generan las utilidades personales que permiten poner en valor la experiencia vital que constituye su profesión, en definitiva, el nivel de satisfacción personal y de motivación que, a su vez, conforman sus valores, actitudes y conductas como médico.

Estas utilidades personales pueden ser de diferente tipo, desde las más puramente materiales (retribuciones, carrera, condiciones de trabajo, autonomía funcional...) a las emocionales y de realización personal. Y los valores, actitudes y conductas pueden ir también del nihilismo a la implicación, de la integridad a la corrupción, de la burocratización de las prácticas al compromiso con la excelencia, del rol de autoridad al de consejero de los pacientes... Naturalmente no existe, salvo en casos contados, el blanco o el negro, sino una infinita escala de grises, y además se trata, por lo general, de procesos dinámicos de construcción de la identidad profesional con diferentes ciclos.

En este documento, que se centra necesariamente en los ámbitos de organización corporativa, los otros ámbitos (centro y sociedad) no pueden estar ausentes, si bien la atención que podemos prestarles será la imprescindible para que el discurso, y las propuestas, quede adecuadamente contextualizado.

Finalmente, para delimitar mejor el objeto del trabajo, definiremos la “organización corporativa” como un entramado asociativo cuyo núcleo básico es la organización colegial, único organismo que formal y legalmente representa al conjunto de la profesión, pero donde intervienen de manera importante el fragmentado asociacionismo especializado y los órganos agenciales de representación y participación en que intervienen los dos ámbitos anteriores. Como tendremos ocasión de argumentar, en este momento y condiciones concretos la única estrategia viable de adaptación de la organización corporativa pasa por una reforma en profundidad de la actual Organización Médica Colegial (OMC), motivo por el cual dedicaremos mucha más atención a su análisis del que haríamos en otros contextos.



# 1. El marco interno del debate: ¿existe realmente una crisis del modelo tradicional de organización corporativa de la profesión médica?

## 1.1 Sistemas de organización corporativa

Partamos de una afirmación simple: no es posible hablar de crisis en el modelo tradicional, puesto que no existe tal “modelo”. Es posible que, acostumbrados a nuestro propio sistema, bastante coincidente con el de una cierta parte de nuestro entorno geográfico y político, tendamos a pensar que se trata de “el” modelo. Pero no es así, coexisten diferentes modelos: colegiales, administrativos, agenciales y, desde luego, mixtos o híbridos. La Tabla 1 intenta resumir de manera comprensible esta heterogénea panorámica europea.

En términos generales, podemos hablar de dos modelos europeos: el anglo-nórdico y el continental. Mientras que en el primero predomina el control administrativo y tiende a no ser obligatoria la afiliación a colegios o asociaciones profesionales corporativas, en el segundo sucede lo contrario, es decir, predominio del autocontrol colegial y afiliación obligatoria.

La disfunción esencial que representa el modelo colegial español es que en países como Francia o, paradigmáticamente, Alemania existe un importante número de médicos con ejercicio liberal (en la atención extrahospitalaria, especialmente); los médicos tienen libertad casi absoluta para establecerse en sus consultas privadas, sean generalistas o especialistas, escapando casi totalmente a regulaciones que no sean de tarifas que, en general, son establecidas por sus mutuas. Por ello, son controlados, al menos teóricamente, sólo por sus organizaciones colegiales y paracolegiales, lo que hace que estas cobren un cierto sentido. Pero en España no sucede así<sup>4</sup>, ya que la práctica privada es más bien residual y en general se compatibiliza con el trabajo en instituciones públicas. En países como los citados, las organizaciones colegiales tienen, al menos cuantitativamente, un importante papel que cubrir, allí donde no llega o no quiere llegar el Estado. En España, también al menos cuantitativamente, no es así.

---

4 Existen indicios, no obstante, de que en los últimos años está tomando solidez en nuestro país una cierta tendencia al abandono de los servicios públicos de salud por bastantes médicos, que migran al sector privado.

**Tabla 1. Modelos de organización corporativa en Europa**

País	Registro de médicos	Licencia para practicar	Régimen disciplinario	Reacreditación	Organización representativa	Composición	Afiliación	Nivel territorial de afiliación
Alemania	Profes.	Admva.	Profes.	No	Bundesärztekammer	Profes.	Obligatoria	17 cámaras estatales
Austria	Profes.	Profes.	Profes.	No	Österreichische Ärztekammer	Profes.	Obligatoria	9 cámaras provinciales
Bélgica	Admvo.	Profes.	Profes.	Admva.	L'Ordre des Médecins	Mixta	Obligatoria	10 provincias
Bulgaria	Profes.	Admva.	Profes.	No	Asociación Médica de Bulgaria	Profes.	Obligatoria	28 regiones
Dinamarca	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Lægeforeningen	Profes.	Voluntaria	10 asociaciones locales
Eslovaquia	Profes.	Profes.	Profes.	No	Slovenská Lekárska Komora	Profes.	Obligatoria ejerc. libre	8 regiones autónomas
Eslovenia	Profes.	Profes.	Profes.	Profes.	Zdravniška Zbornica Slovenije	Profes.	Obligatoria	79 distritos
<b>España</b>	<b>Profes.</b>	<b>Profes.</b>	<b>Profes.</b>	<b>No</b>	<b>Organización Médica Colegial</b>	<b>Profes.</b>	<b>Obligatoria</b>	<b>52 provincias</b>
Estonia	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Slovensko zdravniško društvo	Profes.	Voluntaria	15 condados
Finlandia	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Finlands Läkarförbundet	Profes.	Voluntaria	27 regiones
Francia	Profes.	Profes.	Profes.	No	Ordre National des Médecins	Profes.	Obligatoria	103 departamentos
Grecia	Profes.	Admva.	Profes.	No	Asociación Médica Panhelénica	Profes.	Obligatoria	13 regiones
Holanda	Admvo.	Admva.	Admvo.	Admva.	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij	Profes.	Voluntaria	Estatal
Hungria	Admvo.	Admva.	Profes.	Admva.	Magyar Orvosi Kamara	Profes.	Obligatoria	20 condados
Irlanda	Agencial	Agencial	Agencial	No	Irish Medical Organisation	Profes.	Voluntaria	Estatal
Islandia	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Læknafélags Íslands	Profes.	Voluntaria	Estatal
Italia	Profes.	Profes.	Profes.	No	Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri	Profes.	Obligatoria	103 provincias
Letonia	Profes.	Profes.	Profes.	Profes.	Lietuvos gydytoju sąjunga	Profes.	Obligatoria	Nacional
Lituania	Admvo.	Admva.	Admvo.	Admva.	Latvia Medical Association	Profes.	Voluntaria	Nacional
Luxemburgo	Admvo.	Admva.	Mixto	No	Collège Médical	Profes.	Obligatoria	Nacional
Malta	Agencial	Agencial	Agencial	No	The Medical Association of Malta	Profes.	Voluntaria	Nacional
Noruega	Admvo.	Admva.	Admvo.	Excepc.	Den Norske Lægeforening	Profes.	Voluntaria	19 condados
Polonia	Profes.	Profes.	Profes.	Profes.	Naczelnej Rady Lekarskiej	Profes.	Obligatoria	24 distritos
Portugal	Profes.	Profes.	Profes.	No	Ordem dos Médicos	Profes.	Obligatoria	3 regiones autónomas
Reino Unido	Agencial	Agencial	Agencial	En curso	British Medical Association	Profes.	Voluntaria	4 naciones
República Checa	Profes.	Profes.	Mixto	Profes.	Ceská lékařská společnost J.E. Purkyně	Profes.	Obligatoria	13 regiones
Rumanía	Profes.	Profes.	Profes.	Excepc.	Colegiul Medicilor România	Mixta	Obligatoria	42 distritos
Suecia	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Sveriges läkarförbund	Profes.	Voluntaria	21 condados
Suiza	Admvo.	Admva.	Admvo.	No	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Profes.	Obligatoria	23 cantones

Admvo/a: Administrativo/a. Excepc.: Excepcional. Profes.: Profesional.

Fuente: Rowe y García-Barbero (2005). Informes nacionales "HIT" (Health Care Systems in Transition), Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios-OCDE (2005-2007). Consultables en <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>. Para completar, en algunos casos se han consultado web oficiales.

Si al hablar de organización corporativa empezamos refiriéndonos a los colegios o asociaciones profesionales similares es porque, en realidad, hablar de organización corporativa supone hablar de cuatro elementos básicos:

- Licencia para practicar, registro de médicos y afiliación.
- Autoridad normativa y deontológico-disciplinaria.
- Representación profesional.
- Socialización y desarrollo profesional.

El único principio básico que podemos considerar universal en los países desarrollados es el de la licencia para practicar; efectivamente, no existen países desarrollados donde no exista, en el caso de la medicina al igual que en el de otras profesiones, la obligación de obtener una licencia para practicar, basada como mínimo en: a) la comprobación –y registro, en su caso– de la posesión del título académico oficial (u homologado); y b) no haber perdido la licencia por sanción colegial, administrativa o judicial. Lo que, si por un lado supone una garantía básica para los ciudadanos (que quien les presta servicios profesionales tenga un nivel mínimo de formación homologado), por otro supone una garantía para los propios profesionales, como es la eliminación legal del intrusismo.

En los países con modelo colegial, la licencia para practicar acostumbra a ser competencia de los colegios médicos (casi siempre, España es una excepción<sup>5</sup>, por delegación legal *ad hoc* de los correspondientes órganos político-administrativos, en adelante utilizaremos el concepto “delegación” en un sentido descriptivo y funcional, no propiamente jurídico); pero no necesariamente el registro de profesionales, que en algunos de estos países (Bélgica, Hungría o Italia) es asumido por las administraciones públicas. En España, tanto la licencia como el registro permanece en manos de los colegios, si bien un reciente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup> (CISNS), en desarrollo de lo establecido en el artículo 5.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), ha sentado las bases (“las administraciones sanitarias establecerán los criterios generales y requisitos mínimos de los registros...”) para integrar los registros colegiales, así como los de centros privados y entidades de seguro sanitario libre, en el Sistema de Información Sanitaria del SNS.

---

5 De acuerdo con Gallego Morales (1996), España sería el único país de modelo colegial que hace referencia expresa a los colegios profesionales en su Constitución.

6 Resolución de 27 de marzo de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS sobre los registros de profesionales sanitarios (BOE 14/4/2007).

También existen países, como Alemania, Grecia o Bulgaria, donde la situación es exactamente la contraria: el registro es profesional, mientras que la licencia es administrativa.

Por lo que respecta a la afiliación obligatoria a los colegios u otras organizaciones profesionales, aunque predomina en Europa, existen al menos 11 países (de los 29 que hemos analizado, casi un 40%) donde no sucede así.

También son muy numerosos los países europeos donde la potestad normativa y disciplinaria ordinaria corresponde a las administraciones públicas o, en su caso, a agencias públicas más o menos independientes.

En cuanto a las organizaciones profesionales representativas (excluyendo a los sindicatos), es decir, aquellas con las que los gobiernos negocian y llegan a acuerdos que afectan al conjunto de la profesión, en los países sin modelo colegial y donde la afiliación no es obligatoria, cabe decir que poseen, en general, un nivel de afiliación muy elevado, en torno normalmente al 90% de la profesión.

Otro aspecto importante es el desarrollo en ciertos países, como el Reino Unido, Irlanda o Malta, de peculiares organizaciones pseudocolegiales (General Medical Council, Irish Medical Council y Medical Council of Malta), donde sí es obligatorio estar colegiado, pero que tienen en realidad carácter agencial. En sus órganos directivos ejecutivos, al lado de médicos elegidos y/o cooptados, existe representación tanto de las administraciones públicas como extraprofesional (lo que en inglés se define como *lay people*<sup>7</sup>).

En cuanto a la aportación de los diferentes tipos de organización al desarrollo científico profesional, bastaría también citar el vasto catálogo de publicaciones, especialmente revistas, de la British Medical Association (BMA), comenzando por el *British Medical Journal*, posiblemente una de las cinco revistas médicas más importantes del mundo; y siguiendo por las importantes revistas especializadas que edita. Si, por el contrario, consultamos las publicaciones de organizaciones colegiales como la francesa, italiana o alemana, comprobamos que en estos países, también en España<sup>8</sup>, el peso básico de la producción científica recae en grupos editoriales independientes y las asociaciones de especialistas, que tienden a ser muy numerosas (aunque no tanto como aquí) y, por tanto, fragmentadas y focalizadas.

Otro aspecto interesante es el de la recertificación o revalidación periódica de la licencia de los médicos (lo que se ha venido a denominar “credencialismo”), algo que sólo se

---

7 Traducir *lay* como “profano”, “lego” o “no experto”, tal y como hacen los diccionarios, no capta el significado del término en nuestro contexto. El Webster’s Dictionary of the English Language describe el término de la siguiente manera: “Not belonging to a specified profession, esp. law or medicine”. En cambio, el Merriam-Webster inglés-español lo traduce simplemente como “lego”.

8 Un 57% por grupos editoriales independientes y un 22% por sociedades científicas, 2004 (Abad García *et al.*, 2005).

realiza de manera obligatoria en Europa en un pequeño grupo de países, si bien está muy presente hoy día en el debate profesional (Irvine, 2006b y Cruess y Cruess, 2006).

Un estudio, previo a la implantación de un sistema de evaluación periódica de la competencia profesional por el General Medical Council, en el Reino Unido (Department of Health-MORI, 2005), muestra que sólo el 15% de los 2.195 británicos encuestados, preguntados acerca de la periodicidad con que creían que los médicos estaban siendo evaluados, dio la respuesta correcta (nunca o sólo cuando surge algún problema concreto), mientras que nada menos que un 22% pensaba que eran evaluados anualmente, sumando hasta un 48% el porcentaje de quienes creían que eso sucedía al menos cada algunos años.

Ello demuestra dos cosas: por un lado, la gran confianza depositada por los británicos en las organizaciones profesionales; por otro, que esta confianza no siempre tiene una base real: el 93% de los encuestados consideraba importante que los médicos fueran evaluados “cada pocos años”.

España es uno de la mayoría de países europeos que no tiene ningún tipo de recertificación, revalidación o relicencia. Salvo sanción colegial o judicial, una vez obtenido el título y registrado en el correspondiente colegio, los médicos españoles tienen licencia de por vida. El sentido común dice que algún tipo de regulación debería existir al respecto, si bien es más que probable que su aplicación a tantas decenas de miles de profesionales sanitarios, no sólo médicos, supondría, además de una inversión financiera muy importante, enfrentarse al problema de a quién encargar semejante tarea en un país tan huérfano de agencias evaluadoras independientes cualificadas. Tampoco los colegios profesionales parecen disponer de la experiencia, competencia y capacidad real; ni las sociedades científicas parecen la organización adecuada, entre otros motivos por tratarse de organizaciones privadas de afiliación voluntaria, a no ser que se realizaran reformas legales en el modelo.

La LOPS, probablemente a partir de un razonamiento similar, opta por una propuesta ecléctica y, cómo no, ambigua una vez más. En su artículo 8.3 (y 41.4 para su aplicación a los centros privados), dispone que “los centros sanitarios revisarán, cada tres años como mínimo, que los profesionales sanitarios de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión conforme a lo previsto en esta ley y en las demás normas aplicables, entre ellos la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos, en orden a determinar la continuidad de la habilitación para seguir prestando servicios de atención al paciente”.

En todo caso, sí parece significativo que esta competencia resida legalmente fuera de la OMC y del resto de organizaciones profesionales y se sitúe –haciendo de la necesidad virtud– en los propios centros sanitarios, que son los que en realidad asumen efectivamente las competencias y responsabilidades de control profesional teóricamente coasignadas a la organización colegial.

Lo que, en definitiva, hemos querido presentar en este capítulo es un marco de análisis en el que no es posible hablar de un “modelo” de organización corporativa; si acaso, de dos orientaciones generales para dar respuesta a las necesidades de control y desarrollo profesional. No podemos afirmar si los desarrollos corporativos del entorno anglo-nórdico son o no más eficaces, eficientes y seguros que los de la Europa continental; pero desde luego no hay motivos para pensar que lo sean menos, la existencia de estructuras corporativas en que las administraciones públicas, directamente o a través de agencias independientes u organismos mixtos administrativo-profesionales, asuman las competencias de regulación y control no son menos eficaces, ni mucho menos son aberraciones socioprofesionales.

El enfoque de nuestra modesta aportación es simple: la opción por unas u otras formulaciones organizativas deberá basarse exclusivamente en el valor que aporten, por este orden, a la sociedad, a la profesión médica y a los propios profesionales individualmente. Ni la defensa numantina de la formulación actual, ni la importación acrítica de experiencias foráneas aportan valor a un debate que parte, simplemente, de una situación en la que el valor social de las organizaciones colegiales tiende a cero y la desafección de los profesionales con respecto a ellas tiende a infinito.

## 1.2 Descripción de la situación actual en España

### A) El prestigio de la profesión médica: los hechos

Es notorio, y está documentado hasta la saciedad a través de estudios y encuestas, que la opinión pública europea muestra un alto nivel de reconocimiento social de la profesión médica, situándola por lo general en el puesto más alto en cuanto a prestigio y confianza.

En España, el barómetro de opinión de junio de 2006 del Centro de Investigaciones Sociológicas<sup>9</sup> (CIS) compara 14 ocupaciones y la medicina encabeza, a notable distancia de la siguiente profesión (Enfermería), el *ranking* de valoración. Además, un 43% de los 2.478 entrevistados opina que el prestigio de la profesión médica ha aumentado en los últimos años y sólo un 8% que ha empeorado. Finalmente, un 40% recomendaría a sus hijos que se hiciera médico, mientras que apenas un 19% recomendaría la siguiente profesión (arquitecto) en el *ranking*. También existe una alta persistencia de la alta nota de corte para realizar estudios de medicina en la prueba de selectividad, como indicador indirecto del prestigio social de la profesión. Aun así, frente a la realidad “medida”, el tópico de la pérdida de prestigio profesional persiste en el melancólico discurso médico actual.

---

9 [http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5717](http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=5717), accedido el 26 de julio de 2007.

Por su parte, los barómetros sanitarios que publica el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>10</sup> evidencian que, dentro de las políticas públicas, es la sanidad la de mayor interés para los ciudadanos, si bien el porcentaje que se expresa en este sentido muestra una consistente reducción (del 36% en 1995 al 28% en 2006).

En el último barómetro publicado a la hora de redactar este documento (2006), un 19% de los consultados opina que el sistema sanitario funciona suficientemente bien como para no precisar cambios, mientras que sólo un 4% cree que habría que rehacerlo completamente. La mitad de los encuestados cree que son necesarios algunos cambios, aunque en general el sistema funciona bien, y un 25% opina que estos cambios deben ser “fundamentales, aunque algunas cosas funcionan”.

En conjunto, sin embargo, el sistema sanitario público (SSP) obtiene una más que modesta valoración de 6,23 en una escala de 1 a 10. Asimismo, en apenas cuatro años –entre 2003 y 2006– el porcentaje de ciudadanos que optaría por la sanidad pública, frente a la privada, ha descendido en siete puntos para atención primaria, y en diez para la asistencia hospitalaria y la atención en urgencias.

Son síntomas de una cierta desafección con respecto al SSP. Analizando los datos más en detalle, los “atributos de calidad” que en mayor medida ayudan a conformar esta opción creciente por la sanidad privada son la rapidez en la atención (23% a favor de la sanidad pública y 70% a favor de la sanidad privada), el confort de las instalaciones (25% y 64%) y, en menor grado, el trato personal (32% y 48%) y la información (36% y 41%).

Por el contrario, la tecnología y medios (24% privada y 62% pública) y la capacitación de los médicos (19% y 49%) y enfermeras (21% y 47%) son los principales argumentos para optar por la sanidad pública. Estos mismos tres atributos son los mejor valorados por los pacientes, con puntuaciones en más de un punto superiores a la satisfacción global.

Los datos coinciden con otros estudios internacionales que indican que el sistema sanitario español es bien valorado, comparativamente con otros países de la OCDE, desde el punto de vista de su eficiencia (Häkkinen y Joumard, 2007), pero sale bastante peor parado desde el punto de vista de la percepción del consumidor (Health Consumer Powerhouse, 2006).

En un sistema cuya legitimación descansa en sus profesionales (y en su nivel de desarrollo tecnológico, íntimamente ligado a la intervención profesional), ya que el resto de los atributos de calidad están más bien bajo mínimos, resulta evidente que los servicios

---

10 <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>, accedido el 31 de julio de 2007. En esta dirección, además del resultado del último barómetro, puede verse la evolución según las series históricas disponibles para cada indicador.

de salud deberán preservar esta confianza social. Sin embargo, todo parece indicar que lo que se está produciendo es un cierto deterioro a diferentes niveles.

## **B) Algunos datos preocupantes**

Por un lado, se está produciendo un notable incremento en los casos de litigación judicial por malas prácticas profesionales, que un reciente informe de un bufete con un área de especialización en este tema<sup>11</sup> ha situado en un 30% más de casos en 2006, respecto a 2005. Según este estudio, en España se presentaron en 2006 un total de 12.404 demandas por negligencia médica, una tasa realmente alarmante (en torno a uno de cada diez profesionales ejercientes serían demandados anualmente).

Tampoco hace falta resaltar, aunque carezcamos de datos concretos, que la aparición en los medios de comunicación de noticias de casos de mala praxis se está incrementando, siendo raro el día en que no aparece alguno (en los periódicos médicos, bastante más<sup>12</sup>). Si a ello añadimos la gran repercusión social y mediática de varios escándalos (los más graves, sin duda, los casos “Maeso” y “Severo Ochoa”, pero también algunos otros recientes), así como la clara percepción de inhibición por parte de los órganos colegiales encargados de aplicar los regímenes deontológicos y disciplinarios, el panorama empieza a resultar preocupante.

Por otro lado, numerosas noticias de agencia, así como declaraciones de sindicatos y colegios médicos, parecen señalar un no menos notable incremento en las agresiones a profesionales.

Y, finalmente, según la OMC, los propios médicos muestran un grado de insatisfacción laboral y profesional prácticamente incompatible con el nivel de motivación preciso para poder trabajar en condiciones. Según el citado estudio, un 53% de los profesionales ha pensado alguna vez en abandonar la profesión y su satisfacción laboral general, en una escala de 1 a 5, es de 2,83; en el área de “Retribución y reconocimiento” llega a ser de 1,86 (OMC, 2005:76).

Este panorama incita a pensar que el actual modelo de práctica y desarrollo profesional, a todos sus niveles, necesita una revisión en profundidad. No es este el lugar adecuado para abordar los problemas que afectan a los servicios de salud, a sus sistemas organizativos y sus políticas de personal, si bien hemos aportado recientemente nuestra opinión

---

11 Gómez-Acebo & Pombo Abogados. Noticias de agencias, mayo 2007. Véase, por ejemplo, *Negocio & Estilo de Vida*, nº 182, p. 26.

12 En los 127 números de *Diario Médico* publicados en los últimos seis meses (marzo a septiembre, excluyendo agosto), aparecen 140 noticias sobre sentencias judiciales por mala praxis. 85 de ellas son condenatorias y 55 absolutorias. Por cierto, aparecen también 10 sentencias condenatorias por agresiones de pacientes a médicos.



(Hernández Yáñez, 2005a y 2005b), y no precisamente de manera benevolente, tal es la acumulación histórica de despropósitos e ineficacias, tanto en el diseño de las políticas como en su implementación.

Pero por lo que respecta a la aportación de la organización corporativa de la profesión médica, el diagnóstico a partir de una compleja investigación cuanti-cualitativa, es contundente (OMC, 2005:88-9):

La sensación de desprotección por parte de los organismos responsables de velar por los intereses y derechos de los profesionales es la más generalizada en los diferentes grupos [de médicos consultados]. Los profesionales [...] acusan a los colegios médicos de mantener un discurso político y demagógico sin que ninguna de sus iniciativas, en la práctica, se encamine a demandar y conseguir mejoras para el colectivo. Critican, de modo más concreto, su inmovilismo a la hora de defender a la profesión frente a la precariedad laboral, al intrusismo de otras profesiones o las condiciones a las que les someten las compañías de seguros (lo que en este caso se explicaría porque algunos directivos de la OMC son al mismo tiempo directivos de estas aseguradoras).

De los sindicatos se critica el hecho de no percibir los resultados de ninguna de sus acciones y la ineficacia de la labor de los liberados sindicales a la hora de denunciar situaciones de precariedad laboral. Esto, a su vez, genera entre los profesionales una desconfianza hacia la utilidad de los sindicatos, como lo demuestra el bajo nivel de afiliación existente.

Por otro lado, señalan [...] que las sociedades científicas se centran exclusivamente en tareas científicas, sin mostrar ninguna preocupación por el ámbito laboral, y que las comisiones de calidad tienen una función meramente consultiva, sin capacidad ejecutiva.

Como conclusión, los profesionales más veteranos indican que, frente a este desamparo institucional, y teniendo en cuenta que los medios de comunicación y los pacientes tampoco se posicionan a favor del colectivo médico, estos se ven obligados a protegerse a sí mismos a través de la práctica de una medicina defensiva.

La propia OMC (2006:29) reconoce la existencia de una situación de “apatía, cuando no desafección, hacia las organizaciones profesionales, que son vistas como ajenas y centradas en aspectos poco o nada relacionados con el ejercicio profesional” y la “actitud de descontento, desmotivación y desencanto exhibidas públicamente por los médicos y por la propia profesión en conjunto, en un contexto impregnado de la ‘cultura de la queja’, que daña el ideario profesional desde sus mismas raíces”.

Resaltaremos, por último, una sangrante realidad: mientras que según las estimaciones más recientes en torno al 45% de los médicos en ejercicio son mujeres (y en torno al 60% de los estudiantes de medicina), en el momento de entregar este informe únicamente tres

de los 52 colegios oficiales de médicos (COM) (Asturias, Lleida y Madrid), es decir, un 6%, está presidido por una mujer.

Resulta chocante que, en un reciente artículo<sup>13</sup>, la presidenta del COM de Madrid se lamenta muy razonablemente de que, siendo ésta la distribución por sexos de la profesión, apenas una muy pequeña parte de los puestos de responsabilidad (un 7% de puestos directivos en asistencia especializada y un 25% en atención primaria; 3 decanatos de 27 facultades de medicina (11%); un 4% de catedráticos universitarios) correspondan a mujeres... ¡pero no hay ni una sola referencia a los colegios de médicos donde la presencia de las médicas es tan limitada!

### C) La reacción de la OMC ante la “crisis”

Recientemente, en mayo de 2007, la OMC realiza la “Declaración de Toledo sobre Asociaciones Profesionales”, en la que, por primera vez con este carácter declarativo, se plantea la necesidad de abordar reformas, digamos, “conceptuales”: propone una mayor coordinación entre las diferentes organizaciones profesionales, a través de una “agenda común basada en la transversalidad” y la “búsqueda de sinergias que permitan situar las cuestiones profesionales en la agenda política”; procurar una mayor dedicación de los miembros de los órganos colegiales; y reforzar el papel de los colegios como *lobbies* y centros de pensamiento o *think tanks* para convertirlos en “centros de referencia para el ciudadano en temas de salud... Tomar la iniciativa sanitaria y de pensamiento médico y establecer diferentes estrategias en relación con las asociaciones de pacientes y medios de comunicación”<sup>14</sup>.

En la Declaración de la misma fecha “sobre Contrato Social”, por primera vez se reconoce la necesidad de “facilitar la participación de los ciudadanos en los colegios profesionales mediante la creación de un área de relación con el paciente; la creación de un consejo social; la creación de foros de debates con las asociaciones de pacientes y familiares”.

Por lo que respecta a la relación con los gobiernos, “debe estar basada en la colaboración desde la lealtad y no desde la sumisión, para lo cual hay que abandonar el victimismo”<sup>15</sup>;

---

13 Juliana Fariñas, Ser mujer, madre y médico, en la Tribuna Profesora Fariñas del COM Madrid, <http://www.icomem.es/articulo.php?do=extend&idcont=151&pag=0> (accedido el 29 de agosto de 2007).

14 Curiosamente, también propone que “la información médica que recibe la población –especialmente vía Internet– debe estar validada por una acreditación de la calidad”, mientras que sólo una –la del COM de Valencia– de las 47 webs colegiales existentes (entre ellas la de la propia OMC) dispone de la acreditación HON (Health-on-the-Net Foundation) o similar (WMA, WMC...). En cuanto a las sociedades científicas exclusivamente médicas, son 20 de 71 webs analizadas (28%) las que poseen algún tipo de acreditación.

15 “Es necesario que los médicos reflexionemos sobre las causas de que seamos los peor tratados de Europa y de que, en términos relativos, en los últimos 50 años nunca se nos había tratado peor” (Rodríguez Sendín, 2003:42), secretario de la OMC.

recuperar un lenguaje común entre clínicos y gestores; profesionalizar la gestión; exigir y ejercer la autorregulación y la autonomía profesional”.

También asume la necesidad de “liderar el uso apropiado de los recursos; la mejora de la calidad asistencial...; y la autocrítica alejada de la complicidad por omisión de los comportamientos no éticos”. Propone, en definitiva, la “participación de la profesión médica en el contrato social”, si bien exige contrapartidas (*sic*): “colegiación obligatoria; Foro de la profesión; un pacto de Estado para la sanidad”.

Evidentemente, se trata de un notable giro de timón, si bien padece a nuestro juicio un serio defecto: semeja estar más motivado por una visión conservacionista (qué hacer para poder seguir detentando las competencias y capacidad autorregulatorias actuales) y no por una reflexión auténtica de responsabilidad social corporativa. Así lo evidencia el hecho de que se pongan condiciones de mantenimiento de los privilegios corporativos (“exigir y ejercer la autorregulación y la autonomía profesional”) a la colaboración leal con los gobiernos. Ello, desde luego, no anula muchas de sus virtudes, si es que de veras se va a caminar en esa vía realizando propuestas que, finalmente, se concreten en acuerdos que den lugar a posibles desarrollos legales y normativos. No si se tratara, por el contrario, de mera retórica defensiva, que es lo que a algunos nos podría parecer.

### 1.3 Las sociedades científicas y otros agentes. Interrelaciones

Las sociedades científicas, dentro del entramado corporativo médico, tienen la triple misión de revisar y difundir los contenidos científico-técnicos de la especialidad, establecer guías o protocolos específicos de actuación clínica y promocionar –frente o incluso contra otros ámbitos especializados dentro de la medicina– el rol específico de su respectiva especialidad. Pero es evidente que también han desarrollado otras funciones “informales”, intermediando entre los médicos especialistas y el “mercado” (especialmente la industria farmacéutica), en beneficio, se supone, mutuo.

Lo primero que hay que destacar es la gran opacidad de este entramado de organizaciones. Las sociedades científicas se crean con base jurídica en el artículo 22 CE y en la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del derecho de asociación; es decir, se trata de asociaciones voluntarias de derecho privado, por lo que sus estatutos y reglamentos no se diferencian demasiado de las asociaciones de cazadores o las peñas de fútbol, por poner sólo un par de ejemplos. Lo cual resulta, sin duda, chocante.

Ello significa, básicamente, que carecen de legitimidad regulatoria, representativa o negociadora, lo cual no excluye que las administraciones públicas y patronales privadas puedan firmar convenios con ellas, siempre con objetivos o fines tasados.

Hemos realizado una exhaustiva revisión, a través de sus páginas web, de las sociedades científicas exclusivamente formadas por médicos (o, excepcionalmente, de otros titulados superiores como físicos o biólogos) y hemos seleccionado un total de 71, de entre las 147 sociedades relacionadas en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo (Tabla 2).

En 46 casos (65%), consta que son patrocinadas por empresas, prácticamente siempre del sector correspondiente (laboratorios farmacéuticos, pero también empresas de suministros médicos, del sector alimentario, etc.); 19 de ellas (el 41% de las patrocinadas) lo son por una única empresa; y 32 de ellas (70%) exhiben el *banner* de estas empresas en sus páginas de inicio.

Al menos 22 de estas sociedades científicas (31%) han creado fundaciones que permiten aprovecharse legalmente del más favorable régimen fiscal aplicable a las fundaciones, frente al más desfavorecedor de las asociaciones puramente privadas. Sólo 20 (28%) disponen de alguna acreditación como webs médicas; y sólo 5 de ellas (7%) están dirigidas por mujeres.

24 sociedades (34%) poseen alguna estructura territorial, mientras que el restante 66% es de ámbito únicamente estatal, y componen un total de 339 asociaciones estatales o locales. 48 de ellas (68%) tienen su sede en Madrid, 14 (20%) en Barcelona y apenas 9 (13%) la tienen en otra localidad o es rotatoria, o simplemente ni siquiera consta en su web dónde está su sede oficial.

Tampoco es infrecuente la existencia de más de una sociedad de una misma especialidad: existen tres sociedades de medicina de familia (SEMFyC, SEMERGEN y SEMG), de cirugía plástica (SECPRE, SEME y SEMCC), de pediatría (AEP, AEPAP y SEPEAP, estas dos últimas de atención primaria) y de inmunología (SEI, SEICAP y SEAIC), más otras varias donde coexisten dos.

Son muy pocas las sociedades científicas que mantienen algún tipo de canal de comunicación con la sociedad civil; el resto, permanecen totalmente al margen de la vida social, como clubes cerrados que sirven únicamente a los intereses de sus socios. Lo que sí está claro, a pesar de esta opacidad característica, es que constituyen un perfecto interfaz entre la profesión médica y la industria.

Hemos sugerido en otro lugar (Hernández Yáñez, 2005a) que este entramado corporativo, además de su importante labor de desarrollo profesional, ejerce al tiempo como “redistribuidor de rentas” procedentes de la industria, mediante ensayos clínicos, artículos en la prensa médica, patrocinios o presencia de congresos y eventos, actividades formativas, publicidad en las web, patronazgo en fundaciones, etc.

A nuestro juicio, es preciso un desarrollo legal y reglamentario más estricto de las sociedades científicas médicas que: a) establezca la legitimidad y legalidad del origen de sus

**Tabla 2. Características de un conjunto seleccionado de sociedades científicas médicas (Según sus webs, julio de 2007) (Continúa...)**

Organización	Patrocinio	Banner	Colaboradores	Banner	Accreditación	Fundación	Presidente	Estructura	Sede Social
Academia Española de Dermatología y Venerología	No consta	-	No consta	-	WMA / WMC	No consta	Hombre	10 delegaciones	Madrid
Asociación de Ecografía Digestiva	No consta	-	No consta	-	HON	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
AE Biopatología Médica	No consta	-	No consta	-	HON	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
AE Cirugía Podológica	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Guadalajara
AE Cirujanos	Bristol-Myers	Si	17 empresas	No	No consta	No consta	Hombre	12 delegaciones	Madrid
AE Coloproctología	3 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
AE Especialistas en medicina del Trabajo	Barclays	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	17 delegaciones	Madrid
AE Gastroenterología	Janssen-Cilag	Si	No consta	-	HON	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona
AE Hematología y Hemoterapia	2 empresas	Si	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Barcelona
AE Investigación sobre el Cáncer	5 empresas	No	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	No consta
AE Pediatría	No consta	-	No consta	-	HON / WMC	No consta	Hombre	14 delegaciones	Madrid
AE Urología	No consta	-	No consta	-	HON / WMC	No consta	Hombre	13 delegaciones	Madrid
AE para el Estudio del Hígado	No consta	-	No consta	-	HON	No consta	Hombre	16 delegaciones	Madrid
Federación Española de medicina del Deporte	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Alergología e Inmunología Clínica	Leti	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Anatomía Patológica	3 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Pamplona
SE Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor	Bristol-Myers	Si	No consta	-	No consta	Si	Hombre	9 delegaciones	Barcelona
SE Angiología y Cirugía Vasculat	Esteve	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	16 delegaciones	Madrid
SE Arteriosclerosis	16 empresas	No	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Cardiología	30 empresas	Si	No consta	-	No consta	Si	Hombre	13 delegaciones	Barcelona
SE Cirugía Ocular Implanto-refractiva	Alcon	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Cirugía Oral y Maxilofacial	18 empresas	Si	No consta	-	WMA	No consta	Hombre	4 delegaciones	Madrid
SE Cirugía Ortopédica y Traumatología	No consta	-	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Cirugía Pediátrica	5 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Cirugía Plástica, Reparadora y Estética	3 empresas	No	No consta	-	No consta	Si	Hombre	7 delegaciones	Madrid
SE Cirugía Torácica y Cardiovascular	11 empresas	No	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Diabetes	3 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Dolor	Grünenthal	-	No consta	-	No consta	Si	Hombre	10 delegaciones	Madrid
SE Endocrinología Pediátrica	No consta	-	No consta	-	Todas	Si	Hombre	Estatal	No consta
SE Endocrinología y Nutrición	12 empresas	No	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Endoscopia Digestiva	Astra-Zeneca	Si	No consta	-	HON	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	7 empresas	No	7 empresas	No	No consta	No consta	Mujer	Estatal	Madrid
SE Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica	No consta	-	No consta	-	HON / WMA	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Ginecología y Obstetricia	53 empresas	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	17 delegaciones	Madrid
SE Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Inmunología	2 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona

AE: Asociación española. HON: Health on the Net Foundation. SE: Sociedad española. WMA: Web médica acreditada. WMC: Webs médicas de calidad en lengua española.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2. Características de un conjunto seleccionado de sociedades científicas médicas (Según sus webs, julio de 2007)**

Organización	Patrocinio	Banner	Colaboradores	Banner	Acreditación	Fundación	Presidente	Estructura	Sede Social
SE Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Mujer	Estatal	Madrid
SE Medicina Estética	No consta	-	1 empresa	Si	No consta	No consta	Mujer	Estatal	Madrid
SE Medicina Familiar y Comunitaria	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	17 delegaciones	Barcelona
SE Medicina General	Glaxo-SK	Si	No consta	-	HON	No consta	Hombre	15 delegaciones	Madrid
SE Medicina Geriátrica	Rovi	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias	No consta	-	No consta	-	HON / WMA	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Medicina Interna	No consta	-	No consta	-	No consta	Si	Hombre	11 delegaciones	Madrid
SE Medicina Nefrológica	No consta	-	18 empresas	-	No consta	No consta	Hombre	7 delegaciones	Madrid
SE Medicina y Cirugía Cosmética	Ysonut	Si	Publicidad	Si	WMA	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Médicos de Atención Primaria-SEMERGEN	Almirall	Si	No consta	-	No consta	Si	Hombre	17 delegaciones	Madrid
SE Nefrología	Amgen	Si	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Santander
SE Neonatología	No consta	-	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Neumología Pediátrica	5 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Neumología y Cirugía Torácica-SEPAR	No consta	-	11 empresas	No	No consta	Si	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Neurocirugía	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	6 delegaciones	Madrid
SE Neurología Pediátrica	Glaxo-SK	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Neurología	No consta	-	No consta	-	HON	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Neurorradiología	23 empresas	No	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Nutrición Parenteral y Enteral	10 empresas	No	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Oftalmología	Alcon	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	18 delegaciones	Barcelona
SE Oncología Médica	Glaxo-SK	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Oncología Radioterápica	No consta	-	No consta	-	No consta	Si	Mujer	Estatal	Madrid
SE Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial	13 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Patología Digestiva	No consta	-	12 empresas	No	Todas	Si	Hombre	Estatal	Madrid
SE Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria	No consta	-	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Psiquiatría	No consta	-	No consta	-	HON	Si	Hombre	2 delegaciones	Madrid
SE Quimioterapia	Glaxo-SK	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Radiología Médica	13 empresas	Si	No consta	-	HON	Si	Hombre	13 delegaciones	Madrid
SE Radiología Vasculare e Intervencionista	No consta	-	No consta	-	No consta	Si	Hombre	Estatal	Barcelona
SE Rehabilitación y medicina Física	Allergan	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
SE Reumatología	5 empresas	Si	No consta	-	HON	Si	Hombre	14 delegaciones	Madrid
SE Senología y Patología Mamaria	3 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Valencia
SE Traumatología del Deporte	2 empresas	Si	No consta	-	No consta	No consta	Hombre	Estatal	Murcia
SE Ultrasonidos	No consta	-	No consta	-	WMA	No consta	Hombre	Estatal	Madrid
Total de webs analizadas = 71	No consta = 27; 1 empresa = 19; >1 empresa = 27				Si = 20	Si = 22	M = 4	Estatal = 47 No estatal = 24 Total = 339	Madrid = 48 Barcelona = 14 Otras = 9

AE: Asociación española. HON: Health on the Net Foundation. SE: Sociedad española. WMA: Web médica acreditada. WMC: Webs médicas de calidad en lengua española.

Fuente: Elaboración propia.

fondos; b) obligue a una fiscalización pública de sus cuentas de ingresos; c) delimite unas “reglas del juego” muy precisas para las relaciones entre sociedades e industria; y d) tase los destinos lícitos de estos recursos, teniendo muy en cuenta el interés profesional y social. En definitiva, es esencial terminar con la actual opacidad que caracteriza a este notable sector de la organización corporativa de la profesión médica.

El problema es que estas asociaciones escapan a cualquier marco regulador, a pesar de su importante impacto social y sanitario (real, en unos casos; no más que potencial en otros). Ya conocemos en otros países el “marchamo de mercado” que supone que una sociedad de especialistas (nutricionistas, cardiólogos, pediatras, endocrinos...) recomiende un producto alimentario mediante la inclusión de su recomendación en un envase que se vende en supermercados, no en farmacias; para completar la información, cada vez en mayor competencia con las asociaciones de pacientes, verdadero *target*, en los últimos tiempos, del complejo médico-industrial. De hecho, no es rara la existencia de sociedades científicas que han sido “montadas desde fuera”, ligadas de manera directa a los intereses de la industria.

Es preciso, a nuestro juicio, ampliar las competencias del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (establecidas en la LOPS) para poder diseñar un marco científico-técnico y deontológico estable de las sociedades científicas, especialmente mediante tres instrumentos: a) el establecimiento de códigos de buena práctica a los que deberán ajustarse las sociedades en todas sus actuaciones, recursos y relaciones; b) la acreditación periódica de las sociedades científicas, una por especialidad reconocida, más las correspondientes asociaciones de subespecialidad, siempre en dependencia, o como ramas orgánicas, de la sociedad científica de la especialidad troncal; y c) la rendición de cuentas, que justifique, además de su adecuación a los ya citados códigos de buena práctica, una auditoría científico-técnica valorada en términos de su aportación real al desarrollo profesional de la especialidad.

Hay que destacar que existen sociedades científicas que están haciendo un esfuerzo de legitimación profesional y social (por ejemplo, la aprobación de códigos éticos, como es el caso al menos de la SEC o la SEMICYUC) y que tratan de intervenir activamente en la educación sanitaria de la población, además de las tareas básicas de desarrollo científico y profesional de su especialidad.

Sin embargo, el mantenimiento de la situación actual de “barra libre” sólo lleva consigo –en el mejor de los casos– una extraordinaria dispersión de esfuerzos y una extensión de los *targets* de la industria; naturalmente, siempre será posible fundar asociaciones de especialistas al amparo del derecho constitucional de libre asociación, pero el “marchamo de calidad” (que dé, por ejemplo, acceso a subvenciones públicas o a ser acreditados como centros formativos a los efectos que señala la LOPS en su artículo 35) debería ser aportado por una agencia independiente y, de manera natural, esa agencia debería ser el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, en el cual, idealmente, deberían poder participar consultivamente los agentes profesionales implicados (como la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas).

Por otro lado, asistimos a un proceso, diríamos que de carácter cuasi universal, mediante el cual la afiliación primaria asociativa de los médicos se aleja de sus organizaciones profesionales-colegiales para realizarse mediante su sociedad de especialidad (Stevens, 2001). En España, aun a falta de estudios concretos (que sepamos), la existencia de este proceso es indudable: alejamiento de la OMC y mayor implicación con la sociedad científica.

Dada la notable diferencia entre el marco legal de la OMC y el limbo jurídico característico de las sociedades científicas, sería deseable una aproximación más vertebradora del entramado corporativo, si bien requeriría una considerable creatividad en la situación actual. Algunas opiniones escuchadas a profesionales altamente cualificados y prestigiosos optarían, de ser ello posible, por un modelo de colegiación a partir de un híbrido: los colegios de especialidades.

No se trata de una idea descabellada, pero resulta evidente que ello requeriría una reforma legal de alto calado y, simultáneamente, una reformulación de la vertebración del modelo asociativo, con un puñado de sociedades troncales, no más de cinco o seis, y un desarrollo de grupos de trabajo (*task-force*) orgánicamente dependientes, no más de uno por especialidad reconocida por el Consejo Nacional. En el seno de estos grupos de trabajo podrían tener lugar, sin problemas, los grupos informales multicéntricos de investigación y estudio de patologías o problemas concretos.

Al margen de su carácter táctico, orientado a posibilitar un modelo de colegiación por especialidades, esta última propuesta tiene en estos momentos un carácter estratégico, orientado a una mejor imbricación entre organización colegial y sociedades científicas que generara sinergias y terminara con el actual modelo, caótico, poco transparente y con cultura de club. Al tiempo, ello facilitaría la coordinación con la organización colegial, incluso su participación en los órganos directivos.



## 2. El complicado e inevitable marco legal español

### 2.1 Los colegios profesionales en la Constitución Española de 1978 y su peculiar desarrollo legislativo

Analizamos en este capítulo el desarrollo legal y jurisprudencial de los colegios profesionales, como institución nuclear del gobierno corporativo médico. Como se verá, no sólo se trata de un marco confuso y hasta contradictorio, sino que está en perpetuo movimiento, tanto por los desarrollos autonómicos, como por la jurisprudencia que van sentando las diferentes instancias (Tribunal Constitucional, Tribunal Supremo y Tribunales Superiores de Justicia).

El artículo 36 de la Constitución Española (CE) de 1978, en una redacción muy sucinta (pero significativa, ya que fue incluida muy a última hora y de esta manera los “constitucionaliza”, concediéndoles un estatuto singularizado frente al resto de las instituciones o corporaciones público-privadas), establece que “la Ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los colegios profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas”. Asimismo, establece que “la estructura interna y el funcionamiento de los colegios deberán ser democráticos”.

A pesar de esta reserva de ley, nunca ha sido promulgada en democracia una Ley de Colegios Profesionales<sup>16</sup>, de manera que, como veremos más adelante, aún pervive una ley preconstitucional sobre colegios profesionales, que ha ido siendo modificada parcialmente en sucesivas ocasiones.

En cuanto a la distribución de competencias, no existe en la CE ninguna referencia a los colegios profesionales, ni en materia de competencias exclusivas del Estado (artículo 149), ni de las comunidades autónomas (CC AA) (artículo 148), por lo que se entendió que resul-

---

16 La Ley 74/1978, de 26 de diciembre, de Normas Regulatoras de los Colegios Profesionales, se limitó a derogar siete preceptos de la Ley de 1974 y a dar una nueva redacción, ajustada a lo establecido en la CE, de otros seis preceptos. Los más reseñables, la eliminación de la dependencia de los colegios con respecto a los “departamentos ministeriales competentes” y la conversión de los colegios en “corporaciones de derecho público con personalidad jurídica propia y plena capacidad”, sin que modificara en nada sus funciones preconstitucionales.

taba de aplicación lo establecido en el artículo 149.3: “Las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las comunidades autónomas, en virtud de sus respectivos estatutos. La competencia sobre las materias que no se hayan asumido por los estatutos de autonomía corresponderá al Estado, cuyas normas prevalecerán, en caso de conflicto, sobre las de las comunidades autónomas en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de estas. El derecho estatal será, en todo caso, supletorio del derecho de las comunidades autónomas”.

En virtud de esta disposición, la Ley 12/1983, de 14 de octubre, del Proceso Autonómico, establece en su artículo 15.2 que “las corporaciones de derecho público representativas de intereses profesionales que existan o se constituyan en el territorio de cada comunidad autónoma, ajustarán su organización y competencias a los principios y reglas básicas establecidas en la legislación del Estado para dichas Entidades, sin perjuicio de cualesquiera otras competencias que pudiera atribuirles o delegarles la Administración autonómica”.

Con este débil anclaje jurídico, las competencias sobre colegios profesionales van siendo asumidas por las diferentes CC AA, bien mediante leyes orgánicas y reales decretos de transferencia de competencias y funciones, bien mediante las sucesivas reformas de los propios estatutos de autonomía, bien simplemente por la vía de los hechos consumados. De esta manera, hoy en día las competencias sobre colegios profesionales están radicadas en las CC AA, si bien siete de los 17 estatutos de autonomía se atribuyen competencias “exclusivas (en el marco de la legislación básica del Estado)”, en esta materia, mientras que los otros diez asumen competencias únicamente de “desarrollo legislativo y ejecución” (lo cual, a efectos prácticos, viene a ser lo mismo). La Tabla 3 recoge la situación actual en cada una de las 17 CC AA.

El proceso de asunción autonómica de competencias resultó especialmente complicado y turbulento, con la intervención, en numerosas ocasiones, del Tribunal Constitucional (TC). La reserva de ley establecida en la CE (“la Ley regulará...”) no resultó especialmente clara a la hora de establecer si la aprobación de “la Ley” corresponde a las CC AA que tuvieran transferidas las competencias o se referiría más bien a una ley-marco estatal.

De hecho, la determinación taxativa del TC<sup>17</sup> de que la promulgación de la Ley corresponde a las Cortes Generales se asienta en un tema crítico que revisaremos extensamente más adelante, el reconocimiento como administraciones públicas de los colegios profesionales: “precisamente por su vertiente pública, porque atienden a finalidades públicas, el Tribunal (Constitucional) considera que los colegios profesionales pueden ser equiparados al menos en sus aspectos organizativos y competenciales a las administraciones públicas territoriales, en cuyo caso el Estado tendría competencia en esta materia en base al artículo 149.1.18<sup>a</sup> de la norma fundamental que le atribuye competencia exclusiva para establecer el régimen jurídico básico de las administraciones públicas” (Del Saz, 1996:128; la cursiva es de la autora).

---

17 Sentencia del TC (STC) 20/1988, de 18 de febrero.

**Tabla 3. Legislación sobre Colegios Profesionales en España, por comunidades autónomas (noviembre de 2007)**

Comunidad autónoma (ordenadas según la más reciente Ley de Colegios)	Estatuto de Autonomía (última reforma)	Competencia según Estatuto	Ley de Colegios (año)	Excepciones a colegiación obligatoria	Creación de colegios mediante...	Movilidad entre colegios	Regulación del régimen disciplinario	Aplicación del régimen disciplinario	Seguro de responsabilidad civil	Titulación colegial requerida <sup>(8)</sup>
Cataluña	2006	Exclusiva	2006	<sup>(4)</sup>	Decreto	Estatal	Ley	Colegios	Obligatorio para el ejercicio privado	Universitaria
Extremadura	1999	<sup>(1)</sup>	2003	<sup>(5)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Andalucía	2007	Exclusiva	2003	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	Obligatorio	<sup>(9)</sup>
Galicia	1981	Exclusiva <sup>(2)</sup>	2001	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Cantabria	1998	<sup>(1)</sup>	2001	<sup>(4)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Murcia	1998	<sup>(1)</sup>	2000	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Castilla-La Mancha	1997 <sup>(A)</sup>	<sup>(1)</sup>	1999	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
La Rioja	1999	<sup>(1)</sup>	1999	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Baleares	2007	<sup>(1)</sup>	1998	<sup>(6)</sup>	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Navarra	1982	Exclusiva	1998	No	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Aragón	2007	Exclusiva	1998	<sup>(6)</sup>	Ley	Autonómica	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Comunidad Valenciana	2006	Exclusiva	1997	No	Ley	No consta	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
País Vasco	1979	Exclusiva	1997	<sup>(4)</sup>	Ley	Estatal	Ley	Colegios	Obligatorio <sup>(7)</sup>	Universitaria
Madrid	1998	<sup>(1)</sup>	1997	No	Ley	Estatal	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Castilla y León	2007	<sup>(3)</sup>	1997	<sup>(6)</sup>	Ley	Autonómica	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(10)</sup>
Canarias	1996 <sup>(A)</sup>	<sup>(1)</sup>	1990	<sup>(6)</sup>	Ley	Autonómica	Colegios	Colegios	No legislado	<sup>(9)</sup>
Asturias	1999	<sup>(1)</sup>	No tiene	<sup>(5)</sup>	Ley	-	-	-	-	-

<sup>(1)</sup> Desarrollo legislativo y ejecución.

<sup>(2)</sup> Mediante RD 1643/1996, de 5 de julio.

<sup>(3)</sup> Desarrollo normativo y ejecución.

<sup>(4)</sup> Personal al servicio de las administraciones públicas con remisión a posterior desarrollo reglamentario para el personal sanitario.

<sup>(5)</sup> Todo el personal al servicio de las administraciones públicas.

<sup>(6)</sup> Personal funcionario y laboral en puestos administrativos (sin actividad directa dirigida a pacientes).

<sup>(7)</sup> No obligatorio para los profesionales que actúan exclusivamente al servicio de una administración pública, ni en el caso de que "la actividad profesional se ejerza exclusivamente por cuenta de otro que ya tenga asegurada la cobertura por los riesgos de la actividad que comprende el ejercicio de la profesión".

<sup>(8)</sup> La exigencia de titulación universitaria, en su caso, no es extensible a los colegios profesionales ya existentes en el momento de la aprobación de la correspondiente Ley de Colegios Profesionales.

<sup>(9)</sup> "Titulación académica oficial [profesional]", sin mayor requisito específico.

<sup>(10)</sup> "Titulación", sin más detalles.

<sup>(A)</sup> En trámite parlamentario de reforma.

Fuente: Elaboración propia.

Basándose en esta jurisprudencia constitucional, hubo dos iniciativas del Gobierno central: una, de aprobación de una ley de colegios profesionales que estableciera el marco general y la normativa básica de referencia para la aprobación de las correspondientes leyes autonómicas; la segunda, de modificación parcial mediante “ley de acompañamiento” de los Presupuestos. Ambas se frustraron: en 1992, por el adelanto electoral, cuando el proyecto de ley había sido aprobado ya por el Gobierno y estaba en proceso de tramitación parlamentaria; en 1996, por la retirada del apoyo parlamentario de CiU y PNV, que venían hasta entonces respaldando a un moribundo Gobierno socialista que ya no contaba, en esa legislatura, con el respaldo de una mayoría absoluta.

No sería hasta 1997 (Ley 7/1997, de 14 de abril, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de colegios profesionales) cuando el Gobierno del PP realizara una clarificación legislativa, estableciendo en la disposición final segunda qué preceptos de la Ley 2/1974 constituían, y constituyen hoy día, normativa básica estatal, de cumplimiento obligatorio para las CC AA. Esta reforma estaba basada en las anteriores propuestas socialistas, pero eliminando, entre no muchos otros, un aspecto que no dejaría de ser especialmente acuciante en el futuro: el de la, absurda, colegiación forzosa de los profesionales al servicio de las administraciones públicas, las profesiones sanitarias entre ellas.

#### **A) La legislación estatal y la colegiación obligatoria**

Como ya hemos dicho, la Ley de Colegios Profesionales (2/1974, de 13 de febrero) es una norma preconstitucional que ha sido objeto de reforma parcial en cuatro ocasiones: dos de ellas mediante ley<sup>18</sup> y dos, mediante real decreto-ley<sup>19</sup>.

Únicamente seis de sus preceptos, concentrados en tres de sus nueve artículos, tienen carácter de legislación básica y, por tanto, de necesaria aplicación por parte de los órganos legislativos autonómicos, según la ya citada disposición final segunda de la Ley 7/1997, de 14 de abril, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de colegios profesionales. Estos apartados –tras la pequeña modificación posterior por Real Decreto-ley 6/2000, de 23 de junio– son los siguientes:

“Artículo 2.1: El Estado y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantizan el ejercicio de las profesiones colegiadas, de conformidad con lo dispuesto en las leyes.”

“Artículo 2.4: Los acuerdos, decisiones y recomendaciones de los colegios con trascendencia económica observarán los límites del artículo 1 de la Ley 16/1989, de 17 de julio, de Defensa de la Competencia, sin perjuicio de que los colegios puedan solicitar la autorización singular prevista en el artículo 3 de dicha Ley.”

---

18 Ley 74/1978, de 26 de diciembre, y Ley 7/1997, de 14 de abril.

19 RDL 6/1999, de 16 de abril, y RDL 6/2000, de 23 de junio.

“Artículo 3.2: Es requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas hallarse incorporado al colegio correspondiente. Cuando una profesión se organice por colegios territoriales, bastará la incorporación a uno solo de ellos, que será el del domicilio profesional único o principal, para ejercer en todo el territorio del Estado, sin que pueda exigirse por los colegios en cuyo ámbito territorial no radique dicho domicilio habilitación alguna ni el pago de contraprestaciones económicas distintas de aquéllas que exijan habitualmente a sus colegiados por la prestación de los servicios de los que sean beneficiarios y que no se encuentren cubiertos por la cuota colegial. Lo anterior se entiende sin perjuicio de que los estatutos generales o, en su caso, los autonómicos puedan establecer la obligación de los profesionales que ejerzan en un territorio diferente al de colegiación de comunicar a los colegios distintos a los de su inscripción la actuación en su ámbito territorial.”

“Artículo 5: Corresponde a los colegios profesionales el ejercicio de las siguientes funciones, en su ámbito territorial:

- ñ) Establecer baremos de honorarios, que tendrán carácter meramente orientativo.
- p) Encargarse del cobro de las percepciones, remuneraciones u honorarios profesionales cuando el colegiado lo solicite libre y expresamente, en los casos en que el colegio tenga creados los servicios adecuados y en las condiciones que se determinen en los Estatutos de cada colegio.
- q) Visar los trabajos profesionales de los colegiados, cuando así se establezca expresamente en los estatutos generales. El visado no comprenderá los honorarios ni las demás condiciones contractuales cuya determinación se deja al libre acuerdo de las partes.”

Como puede verse, además de las medidas liberalizadoras de la competencia (artículo 2.4 y 5), se establece, con carácter básico, la obligatoriedad de la colegiación para las profesiones “tituladas”, siguiendo la abundante jurisprudencia constitucional y el claro y sostenido posicionamiento ideológico conservador; no se establece ningún tipo de excepción a esta obligatoriedad (tampoco se descarta, por cierto), no obstante lo cual sólo tres leyes autonómicas de colegios profesionales (Navarra, Comunidad Valenciana y Madrid) no las consideran en ningún caso. Más en concreto:

- Seis de ellas (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Extremadura y País Vasco, más Asturias mediante ley “de acompañamiento” a los presupuestos para 2004) establecen la excepcionalidad a la obligatoriedad para todos los profesionales al servicio de las administraciones públicas.
- Las otras ocho establecen la excepcionalidad para el personal funcionario y laboral en puestos administrativos sin asistencia sanitaria directa a los ciudadanos u otros emplea-

dos públicos. En el caso de Castilla y León (2001) y Galicia (2007), sendas sentencias de los correspondientes Tribunales Superiores de Justicia autonómicos (TSJ) han reconocido en firme este derecho.

Una narración exhaustiva de la jurisprudencia constitucional estaría de más en un documento como este, que sólo aborda los aspectos jurídicos como ineludible marco de análisis y propuesta. Para el lector interesado en un mayor detalle, le remitimos al trabajo de Salom Parets (2007), especialmente por su reciente publicación, que permite disponer de información actualizada (consultar también Del Saz, 1996, Gallego Morales, 1996 e Ibáñez García, 1995).

Resumiendo, es cierto que la doctrina del TC, en general, consagra la excepcionalidad de la colegiación obligatoria como limitación de derechos fundamentales, como es el de asociación –en su vertiente negativa, libertad de no asociarse– recogido especialmente en el artículo 22 CE; pero el reconocimiento de esta excepcionalidad no lo realiza en términos conceptuales, sino funcionales o puramente jurídicos: es la ley la que recoge esta obligatoriedad y, de la misma manera, podría dejar de recogerla. O podría recoger las excepciones pertinentes a esta obligatoriedad, siempre que estuvieran basadas en argumentos racionales y en fórmulas alternativas que garanticen los mismos fines sociales que, al menos en teoría, garantizaría ahora la colegiación obligatoria.

De hecho, el TC declaró no constitucional la obligación de afiliación a otras corporaciones, como las cámaras agrarias y de comercio. Asimismo, ha amparado a determinados sectores profesionales (profesores de educación física; secretarios, interventores y tesoreros de la administración local; letrados...) frente a la pretensión de los colegios del ramo de imponer su colegiación obligatoria, ya que entiende el TC que la limitación del derecho constitucional de no asociación debe estar fundamentada en la existencia de un interés público superior, como a su juicio es, por ejemplo, la salud pública.

Es cierto que el TC ha mantenido una posición dubitativa que poco ha aportado a la clarificación del tema de la colegiación obligatoria; pero, frente a las mayoritarias críticas en la doctrina jurídica, tiene una gran virtud: la de reclamar al legislador su propia posición, es decir, abordar el asunto como un tema antes político que jurídico. Y deja claro<sup>20</sup> que “la obligación de incorporación a un colegio para el ejercicio de la profesión se justifica, no en atención a los intereses de los profesionales, sino como garantía de los intereses de sus destinatarios. En el caso de quienes trabajan en centros públicos, esa garantía puede ser asumida por la Administración y, en consecuencia, la exención de colegiación aparece como una medida razonable, ajena a todo propósito discriminatorio contrario al artículo 14 CE”.

Yendo aún más lejos, el TC afirma en más de una ocasión que no hay necesidad de tratar a todas las profesiones de manera idéntica; lo que puede parecer razonable para unas, no

---

20 STC 194/1998, de 13 de septiembre.

tiene por qué serlo para otras. De hecho, la mayor parte de los profesionales (abogados, arquitectos, economistas, sociólogos...), cuando trabajan en exclusiva para las administraciones públicas están exentos de la colegiación forzosa, algo que, aunque no lo conviene así el TC, podría violar el artículo 14 CE, que reconoce la igualdad ante la ley de todos los españoles. Para el TC<sup>21</sup>,

“Dentro del ámbito funcional, no todas las profesiones tienen un contenido igual o semejante en relación con su finalidad, por lo que la inexistencia de una reglamentación igual encuentra su fundamento y razonabilidad en el distinto grado o alcance del interés público afectado, y, de otra parte, se constata, como ya hemos hecho en el fundamento jurídico precedente, que la obligatoria colegiación de los médicos en activo se justifica en una legítima decisión del legislador –quien puede, asimismo, exceptuar los casos en que dicho requisito de la colegiación obligatoria no haya de exigirse– y en la concurrencia de valores y derechos constitucionales como la salud, la sanidad y la vida e integridad física de los ciudadanos que están en juego con ocasión del ejercicio de la profesión médica, fácilmente se puede concluir que ninguna discriminación contraria al artículo 14 de la Constitución ha sufrido el actor como consecuencia de la adscripción o colegiación a la que, dada su condición de médico en activo y en el ejercicio de la profesión, queda obligado.”

De nuevo, el TC vuelve a poner la pelota en el tejado del legislador, que tiene plena libertad, de base constitucional, el citado artículo 34 CE, para regular de manera singular casos (profesiones) que estime singulares, sin que de ello resulte discriminación alguna (como, por cierto, ya hizo –aunque sin entrar en el tema de la colegiación obligatoria– con la LOPS). Es decir, la CE no obliga a que exista una única ley de colegios profesionales de aplicación obligatoria a todas ellas<sup>22</sup>:

“De la Constitución sólo se deduce que los colegios profesionales han de ser regulados por ley, pero ello no excluiría forzosamente que el legislador decidiese regular en una norma específica algunas normas singulares de un o unos concretos colegios profesionales.”

Tiene en cuenta también el TC que los estatutos generales de los consejos generales de colegios profesionales –en los que se basan necesariamente los correspondientes estatutos de cada colegio– son aprobados por el Gobierno y no pueden ser promulgados unilateralmente por los propios órganos colegiales, cuya competencia se limita a aprobarlos internamente y proponerlos a los respectivos gobiernos para su aprobación; y además, en caso de producirse cualquier cambio legislativo, los estatutos generales de la(s) profesión(es) afectada(s) deberían ser adaptados, en el plazo que estableciera la correspondiente disposición transitoria, a los nuevos preceptos legales. Lo mismo se aplica a los estatutos y reglamentos de los consejos autonómicos de colegios profesionales.

---

21 STC 131/1989, de 17 de julio.

22 STC 386/1993, de 23 de diciembre.

Por su parte, los estatutos de los colegios provinciales deben ser aprobados por los consejos generales y publicados por los correspondientes gobiernos autonómicos, una vez realizada la “calificación de legalidad”, es decir, la comprobación de que se ajustan a lo establecido en las legislaciones estatal y autonómica vigente sobre colegios profesionales y a los estatutos generales y autonómicos del correspondiente consejo general.

En resumen, no existe ningún impedimento constitucional para que el legislador establezca las regulaciones generales y singulares que, a la vista del interés general, estime necesarias. Las posiciones interesadas que se parapetan tras la jurisprudencia constitucional para mantener el estatuto actual utilizan al TC como un borracho a una farola: no para iluminarse, sino para apoyarse.

En este momento, en cuanto se refiere a la no colegiación obligatoria de los empleados públicos, las disposiciones legales de Andalucía, Asturias y Extremadura fueron recurridas por el Gobierno del PP ante el TC; en el caso de Andalucía y Asturias, el Gobierno solicitó y obtuvo la suspensión provisional de la vigencia y aplicación del precepto impugnado, si bien pocos meses después, ya bajo Gobierno socialista, esta suspensión provisional fue levantada.

Es destacable el hecho de que, al menos, un presidente colegial (el del COM de Gerona) se haya manifestado a favor de la libre colegiación: “no se puede ir contra la colegiación libre ni mantener que un médico se sienta obligado a estar colegiado. Lo que debemos lograr desde los colegios es que la cuota a los médicos no sólo les salga gratis, sino que perciban, además de la labor deontológica y la defensa de la competencia profesional que realiza la institución, otros servicios más tangibles, como la tecnología, la informática, ventajas en créditos bancarios... que hagan que vean en la colegiación una ventaja”<sup>23</sup>.

Por otro lado, más de 50 diputados del Grupo Parlamentario Popular han presentado recurso de inconstitucionalidad, que ha sido admitido a trámite, contra este y otros dieciséis preceptos de la Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 7/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de profesiones tituladas y de los colegios profesionales (entre estos restantes preceptos recurridos, se incluye haber rebajado por vez primera el rango legal –de ley parlamentaria, a decreto del Gobierno– de la norma de creación de colegios profesionales; la Ley de Colegios Profesionales recoge la necesidad de una ley para la creación de nuevos colegios, pero ese precepto no tiene carácter de normativa básica).

Ninguno de estos recursos de inconstitucionalidad ha sido resuelto hasta el momento de entregar a imprenta este trabajo (el más antiguo de ellos, el extremeño, fue admitido a trámite en abril de 2003).

---

23 [http://www.azprensa.com/noticias\\_ext.php?idreg=23481](http://www.azprensa.com/noticias_ext.php?idreg=23481), accedido el 2 de septiembre de 2007.



## B) ¿Son los colegios profesionales administraciones públicas?

En varias de sus sentencias, el TC describe el carácter o cualidad “bifronte” de los colegios profesionales: mientras que, por un lado, son administraciones públicas cuya razón de ser es velar por el interés público, por otro son asociaciones privadas para la defensa de los intereses de sus colegiados (y de la profesión en general).

Antes de entrar a analizar esta esquizofrénica posición, conviene detenerse un momento en el heterogéneo panorama de los “colegios profesionales”; bien por herencia de los “colegios profesionales” creados en el seno del sindicato vertical franquista, bien como consecuencia de la laxitud legislativa de muchos gobiernos autonómicos ya en democracia, se ha producido una impresionante hipertrofia del entramado colegial. En este contexto, los expertos distinguen entre “colegios voluntarios” o “falsos colegios”, que en realidad no son sino asociaciones profesionales que añaden la pátina del nombre “colegio” para obtener un cierto prestigio social y probablemente también un tratamiento fiscal claramente beneficioso (Álvarez Arroyo, 2002), y “verdaderos colegios”, que son aquellos que: a) agrupan a profesionales con una misma titulación universitaria homologada; b) ejercen, todos ellos, una misma profesión; y c) al menos cuando ejercen como profesionales liberales o autónomos, tienen la obligación de colegiarse.

Resulta difícil pensar que al “constitucionalizar” los colegios profesionales tuviera en mente el constituyente los colegios de joyeros; corredores de seguros; decoradores y diseñadores de interior; profesores de dibujo; administradores de fincas; agentes de la propiedad inmobiliaria; agentes de la propiedad industrial; agentes comerciales; detectives privados; agentes y comisionistas de aduanas; pilotos de la aviación comercial; oficiales de la marina mercante; protésicos dentales; publicitarios y relaciones públicas; titulados mercantiles y empresariales; gestores administrativos; pesadores y medidores públicos; guías turísticos...

De todos estos colectivos existen colegios “oficiales”, a menudo “ilustrísimos”; evidentemente, se trata de asociaciones de defensa de intereses profesionales y sin duda ayudan al avance de sus profesiones u ocupaciones, prestan servicios a sus colegiados y se ocupan muchos de ellos de aspectos formativos y de desarrollo profesional, incluso son órganos de representación y consultivos de las administraciones públicas; lo mismo es aplicable a los colegios profesionales “voluntarios” de titulados universitarios (geólogos; biólogos; ingenieros superiores y técnicos de varias ramas; politólogos y sociólogos; físicos; doctores y licenciados en bellas artes; licenciados en educación física y ciencias de la actividad física y el deporte; doctores y licenciados en filosofía y letras y en ciencias...). Pero resulta difícil creer que tengan todos el mismo amparo constitucional que otros colegios que asumen competencias delegadas por las administraciones públicas.

Es tesis sostenida por la mayoría de los expertos que este enmarañado panorama dificulta notablemente el desarrollo de una nueva ley de colegios democrática que se ciña a los “verdaderos colegios” (cuyas características definitorias hemos recogido tres párrafos más arri-

ba) para revisar cuáles de las competencias que tienen delegadas por las administraciones públicas están mejor desarrolladas con el modelo actual o, por el contrario, encontrarían un mejor encaje en el seno de las propias administraciones públicas, siempre desde el triple punto de vista de la eficacia, seguridad y garantía de los fines sociales de las profesiones. Por su parte, la vigente Ley de Colegios Profesionales se limita a hablar de “profesiones tituladas”, si bien el TC ha determinado en más de una ocasión que las profesiones tituladas son aquellas “para cuyo ejercicio se requiere poseer estudios universitarios”.

Por su parte, sólo dos de las 16 leyes autonómicas vigentes (Cataluña y País Vasco) exigen una titulación universitaria a los profesionales que insten la creación de su propio colegio profesional; otras 13 exigen “titulación académica oficial”, y la restante (Castilla y León) “titulación”, sin mayor precisión.

Aunque habrá quien (legítimamente) no esté de acuerdo con la siguiente afirmación, el anacrónico régimen de concesión administrativa de las oficinas de farmacia, claramente restrictivo de derechos individuales fundamentales y de la libre competencia, se sustenta en la existencia de un modelo comercial muy eficaz desde el punto de vista del servicio al público que prestan, al menos en la mayor parte del territorio. Es un modelo caro, abusivo y oligopolista, en nada orientado a objetivos de salud, pero comercialmente eficiente, situado en la borrosa línea donde se (con)funden negocio empresarial y servicio de salud (Meneu, 2006).

Sin embargo, resulta tan legítimo como necesario plantearse si la delegación de la gestión del turno de oficio a los colegios de abogados, del visado de obra a los colegios de arquitectos o de la gestión de facturación y pagos de la prestación farmacéutica pública a los colegios de farmacéuticos, entre otras, son hoy en día los más adecuados. Probablemente sí lo sean, posiblemente no, pero no resulta ilegítimo y sí inexcusable que estas competencias se mantengan bajo análisis permanente, ya que se trata, en definitiva, de competencias públicas de ejecución delegada a asociaciones privadas sin participación extraprofesional (es decir, ni de las administraciones públicas, ni de la representación de los sectores de la sociedad civil a quienes pudieran afectar estas competencias: empresas y ciudadanos).

Conviene ahora resaltar que, a diferencia de los tres casos citados, las funciones de la OMC que afectan o actúan directamente sobre los ciudadanos y empresas son prácticamente nulos, poco más allá de la venta de certificados oficiales (otro vetusto privilegio sin fundamentación racional). El 99% de su actividad es interna, lo cual, aunque no significa que no actúen de manera vicaria (a través de sus colegiados) sobre los ciudadanos, significa que su cualidad “bifronte” es prácticamente inexistente.

En fin, la ya manoseada cualidad “bifronte” crea no pocos problemas, no sólo a los juristas, sino a los propios jueces y magistrados; el problema de la vía judicial utilizable para impugnar los actos administrativos y decisiones de los colegios es un claro ejemplo. La Ley de Colegios Profesionales (artículo 8.1) determina que los actos emanados de los órganos de los colegios y de los consejos generales, en cuanto estén sujetos al derecho administrativo,

serán directamente recurribles ante la jurisdicción contencioso-administrativa una vez agotados los recursos corporativos. Sin embargo, la legislación vigente reguladora de esta jurisdicción (Ley 29/1998, artículo 1.2) excluye, por su no inclusión dentro de la relación cerrada y pormenorizada de lo que entiende por administraciones públicas<sup>24</sup>, a los colegios profesionales. Podemos resumir este intrincado debate doctrinal en dos posiciones:

- Salom Parets (2007:82) defiende claramente su carácter de administración pública. Así, en resumen, como argumentos en los que fundamentamos nuestra tesis, deben señalarse los siguientes: a) las finalidades preminentemente públicas que persiguen los colegios profesionales en el desarrollo de sus competencias; b) la necesidad de que sean creados por medio de una ley; c) el requisito de la colegiación para ejercer determinadas actividades profesionales tituladas (...); d) las prerrogativas públicas ejercidas por los colegios profesionales; e) el carácter de auténticos actos administrativos de los actos emanados de los órganos colegiales, a los cuales se aplica el derecho administrativo y cuya impugnación, una vez agotada la vía administrativa, se realizará en la jurisdicción contenciosa-administrativa.
- Gallego Morales (1996:57), por el contrario, lo cuestiona claramente. Lo que importa es determinar si su personal es funcionario o no; si sus fondos son públicos o privados; si sus bienes pueden ser demaniales<sup>25</sup> o no; si sus contratos se regulan por el derecho civil o mercantil, o por el derecho administrativo; cuáles de sus decisiones son recurribles y ante qué jurisdicción (...). Y el hecho es que cuando así se opera, si fuera claro un pronunciamiento global, es claro que la balanza se inclinaría hacia el campo privado, pues en tal ámbito se inscriben el grueso de los aspectos señalados, tal y como ha subrayado el sector doctrinal que, a nuestro entender, mejor ha abordado la cuestión, defendiendo la tesis llamada privatista, entendiendo que no deben incluirse en la Administración pública a efectos de su análisis. Varias son las razones que avalarían la afirmación, así, y en primer lugar son estrictamente privados los intereses a cuya satisfacción responde el grueso de las funciones desarrolladas (...); en segundo lugar, y corolario lógico de lo anterior, sólo una parte de sus funciones, proporcionalmente menor, son funciones encomendadas o delegadas por las administraciones públicas.

Más allá de sofisticadas y complejas discusiones jurídicas, en este momento existen dos posiciones para adecuar el actual modelo de colegios profesionales. Ambas parten del reconocimiento de que el carácter “bifronte” o mixto es totalmente inadecuado, puesto que permite y hasta estimula que sean los intereses privados de la profesión y, sobre todo, de las estructuras colegiales los que primen sobre intereses públicos, tanto de las administraciones como directamente de los ciudadanos. A partir de este reconocimiento, las dos posiciones son simples de enunciar:

---

24 “Administraciones general, autonómicas y locales, más las entidades de derecho público que sean dependientes o estén vinculadas a las anteriores”, lo cual no sucede en el caso de los colegios profesionales.

25 De dominio público (RAE).

- Puesto que se trata, de hecho, de administraciones públicas, hay que adaptar a los principios generales de la Administración todos aquellos aspectos estatutarios, reglamentarios y decisorios que se desvíen de aquellos. Es decir, convirtamos los colegios profesionales en verdaderas administraciones públicas dependientes de los correspondientes órganos administrativos, incluyendo la funcionarización de sus empleados o, en posiciones menos extremas, sometiendo sus procesos de selección a los constitucionales principios de igualdad, mérito y capacidad.
- La segunda opción camina en sentido contrario: puesto que se trata de asociaciones profesionales orientadas básicamente a la representación y defensa de sus miembros particulares, devolvamos a las administraciones públicas aquellas competencias administrativas que hoy en día tienen delegadas los colegios (especialmente las que puedan originar conflictos de intereses público-privados) y dejemos que estos se comporten como instituciones corporativas de representación y defensa de intereses.

Como suele suceder, es probable que la virtud esté en un punto medio: tasar perfectamente las competencias delegadas, excluyendo las que carezcan de sentido por muy históricas que sean, y aislarlas en lo posible de los conflictos de intereses que pudieran surgir por contradicción entre intereses públicos y privados.

## 2.2 Otros aspectos jurídico-legales

### A) Responsabilidad civil subsidiaria de las administraciones públicas

Es evidente que los médicos y, en general, las profesiones sanitarias trabajan en situación de alto riesgo legal. Son cientos las sentencias que se dictan anualmente sobre supuesta mala praxis profesional, y es este un terreno resbaladizo (Gallego Riestra, 2006) en el que se entrecruzan aspectos jurídicos y médicos que deben ser valorados y calibrados de manera objetiva en un entorno –el de la práctica clínica, basada en la *lex artis*– que ya hemos descrito como de alta incertidumbre. Cuando un profesional es condenado en vía civil (conducta punible por negligencia) o penal (conducta punible mediando dolo o culpa) y los hechos sucedieron durante su trabajo para un servicio sanitario público (o privado concertado), la responsabilidad directa recae en el propio profesional, pero la responsabilidad indirecta o subsidiaria –pagar las indemnizaciones más allá de lo que cubra el aseguramiento privado de la responsabilidad civil del profesional– recae en su empleador. En vía civil, también es posible demandar directamente al centro o servicio sanitario, en cuyo caso el tribunal deberá determinar si el daño causado es atribuible a negligencia o dolo del profesional o si no lo es; aun no siéndolo, podrá estimar el tribunal si corresponde algún tipo de indemnización por el daño causado, indemnización que recae, como responsable directo, en el centro o servicio (o la administración pública de la que dependan).

Por este motivo, la sentencia del caso Maeso, que más adelante analizaremos con cierto detalle, convierte a la Administración pública implicada (y a uno de los centros privados en un número limitado de contagios) en responsable civil subsidiaria. Y ello, no sólo por lo que respecta a los contagios sucedidos en los centros públicos, sino también en el resto de los privados. Según declara la sentencia, “la responsabilidad (de la Administración) respecto de los contagios producidos en el hospital público de autos, actuando el acusado como funcionario y miembro de la plantilla de ese hospital, resulta clara y no requiere de ulterior explicación”. Y sigue: “también, en el caso de los contagios producidos en intervenciones del llamado ‘plan de choque’, que se realizaron en hospital privado, pero funcionando este como hospital público (ya que las intervenciones se realizaban a pacientes que habían acudido a la sanidad pública y se programaban por orden y a cargo de esta)”. Pero es que incluso se extiende al trabajo puramente privado del condenado:

“Pero asimismo (procede la responsabilidad subsidiaria) durante su actuación para la medicina privada en el prolongado periodo de tiempo de autos. Y ello por cuanto que, si bien la Administración actuó, en cuanto tuvo conocimiento formal del brote (...), no es menos cierto que previamente, en definitiva, posibilitaron las diferentes Administraciones sanitarias que durante dicho prolongado periodo de tiempo de autos el acusado continuase con su actividad y causase los contagios de hepatitis C que nos ocupan; y ello, pese a que ya se había manifestado la existencia de, cuanto menos, irregularidades en el desarrollo por el procesado de su actuación profesional.

Y además, no se está aquí ante un caso aislado (que individualmente considerado, y ocurrido en un hospital privado, obligue a excluir la responsabilidad patrimonial de la Administración). Piénsese (y una vez más hay que reiterar) que se está hablando de un prolongado periodo de tiempo, de varios años de duración, produciéndose un resultado de numerosísimos casos de contagio o transmisión del virus, el mayor brote conocido a nivel mundial, según se informó en el juicio. Y la magnitud objetiva de este resultado de por sí evidencia que falló la labor de protección del derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución Española) que incumbe a los poderes públicos; y concretamente, la labor de vigilancia y control que en última instancia correspondía a la Administración sanitaria.”

La Ley valenciana de Colegios Profesionales (6/1997, de 4 de diciembre, desarrollada por Decreto 4/2002, de 8 de enero) delega la aplicación del régimen disciplinario y deontológico a los colegios de la siguiente manera (artículo 6.1 del Decreto): “Ordenar, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados; velar por la ética, deontología y dignidad profesional, así como por el respeto debido a los derechos de los particulares contratantes de sus servicios, y ejercer la potestad disciplinaria en el orden profesional y colegial”.

Se trata de una delegación legal de competencias; en virtud de tal delegación, los estatutos colegiales asumen (artículo 7): “d) Ordenar la actividad profesional de los colegiados,

velar por la ética, deontología y dignidad profesional, así como por el respeto debido a los derechos de los particulares contratantes de sus servicios. e) Ejercer la potestad disciplinaria en el orden profesional y colegial para sancionar los actos de los colegiados que practiquen una competencia desleal en el ámbito profesional y/o económico con el resto de los colegiados, cometan infracción deontológica o abusen de su posición de profesional frente a los pacientes”.

Es decir, que las administraciones públicas delegan en las corporaciones privadas de derecho público que son los colegios “velar por la ética, deontología y dignidad profesional” y “ejercer la actividad disciplinaria”. Sin embargo, a efectos legales, todo esto es papel mojado, dado que a la hora de la verdad quien asume la responsabilidad civil subsidiaria en caso de mala práctica o delito profesional es la administración sanitaria, incluso, si bien con limitaciones, cuando se trata de ejercicio privado de la profesión<sup>26</sup>.

Si el control profesional que garantice la buena práctica profesional y la seguridad de los pacientes es la verdadera razón de ser de la privación excepcional de un derecho constitucional (la colegiación obligatoria como limitación al derecho negativo de asociación) y este control no se ejerce por parte de la organización colegial –y si no está de acuerdo, que la OMC explique y cuantifique qué tipos de control se realizan desde los colegios médicos–, ¿qué base existe para argumentar que esta situación anormal debe mantenerse?

## **B) Indefensión de los ciudadanos frente a las resoluciones disciplinarias colegiales**

Hay ocasiones en las que ciudadanos que se sienten afectados por casos de mala praxis profesional, en lugar de acudir a los tribunales, presentan una denuncia directamente al correspondiente COM, exigiendo la aplicación del código disciplinario del médico o médicos demandados; ello, tanto por estimar que el profesional merece un “castigo” por su actuación, como por que una eventual sanción sirva como correctivo que actúe positivamente en su actuación futura. Cada cual tiene sus razones, avaladas en cualquier caso por la ley.

Los colegios, bien estiman la demanda, bien la rechazan (o incluso no la contestan). Según la jurisprudencia analizada anteriormente, los actos y resoluciones de los colegios provinciales son susceptibles de recurso frente al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Se trata de un derecho que poseen tanto los ciudadanos como los propios profesionales. Hay ocasiones en que ambas instancias (Colegio y Consejo) dan la razón al denunciante, en cuyo caso el profesional puede recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa, la cual (salvo defectos de forma, plazo, cualificación ju-

---

26 La LOPS apuntala legalmente esta argumentación de cara al futuro, ya que en su artículo 45.2 establece que “corresponde a las Administraciones sanitarias públicas, respecto de los profesionales y centros [privados] establecidos en su ámbito geográfico, velar por el cumplimiento de las garantías a que se refiere el párrafo anterior [seguridad y calidad asistencial]”.

rídica...) entra a analizar el fondo de la cuestión y confirma, modifica o anula la resolución del Consejo.

Pero, si analizamos las dos situaciones contrarias a la pretensión de los ciudadanos demandantes (primero, resoluciones colegiales condenatorias en primera instancia que son recurridas ante el Consejo General por el profesional, en las cuales aquél las estima y anula la resolución, dictando una nueva absolutoria –o que rebaja su calificación y/o sanción–; y segundo, resoluciones desestimadas en primera instancia –COM provincial– que son recurridas ante el Consejo General, el cual ratifica la desestimación), entonces, el ciudadano agota la vía colegial y acude, tal como tiene reconocido con carácter general, a la tutela judicial.

En teoría, pues, estas resoluciones del Consejo General son recurribles ante la jurisdicción contencioso-administrativa, como en numerosas ocasiones se ha hecho. Y nos encontramos con una clara e intolerable situación de indefensión, dado que, sentando jurisprudencia, las salas de lo contencioso-administrativo de los tribunales superiores de justicia de la comunidad autónoma correspondiente (existe jurisprudencia, al menos, en Baleares, País Vasco, Andalucía y Madrid<sup>27</sup>; frente a estas sentencias no cabe recurso ordinario) declaran la inadmisibilidad por falta de legitimación activa del demandante.

Basándose en la jurisprudencia (genérica) del Tribunal Constitucional, se rechaza la legitimidad del demandante por entender los tribunales que el interés legítimo que da derecho constitucional a la tutela judicial efectiva<sup>28</sup> “equivale a la titularidad potencial de una posición de ventaja o de una utilidad jurídica por parte de quien ejercita la pretensión y que se materializaría de prosperar ésta” (STC 97/1991). Y que “ese hipotético interés no se da en el caso concreto, porque la situación jurídica del denunciante-recurrente no experimenta ventaja alguna por el hecho de que se sancione a los denunciados” (STSJ de Madrid 11907/2006).

Al margen de la estrecha interpretación del TC sobre el “interés legítimo” y su repercusión contra los derechos de los recurrentes, desde un punto de vista mucho más pragmático es evidente que el sistema actual, mediante el cual se priva al ciudadano de una tutela judicial efectiva contra las resoluciones colegiales, siendo conocido por los abogados y asociaciones de pacientes, incentiva la recomendación a sus clientes o asociados del recurso directo a la jurisdicción ordinaria, en vía civil o penal, menoscabando claramente la potencialidad de un supuesto sistema efectivo de amparo colegial frente a la mala praxis.

De esta manera, el aumento dramático de la litigación judicial contra los médicos tendría en buena parte una justificación en el sistema actual de régimen disciplinario, delegado a las organizaciones colegiales, que claramente actúa a menudo en contra de los derechos

---

27 Respectivamente: sentencias 1332/2002; 458/2004; 458/2006; y 11907/2006.

28 Artículo 24.1 CE: “Todas las personas tienen derecho a obtener una tutela judicial efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que en ningún caso pueda producirse indefensión”.

de los ciudadanos y siembra la sospecha acerca de una evidente parcialidad corporativista de aquéllas a favor de sus colegiados. De ahí que la necesidad de abrir los órganos directivos de los colegios médicos a la participación de los ciudadanos –ya reconocida, aunque de manera un tanto *light*, por la OMC, y previamente propuesta en el Libro Blanco de las Profesionales Sanitarias de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2003:88), también se justifica por una mayor transparencia institucional que ayude a eliminar esta “contaminación de imagen” corporativista.

Resulta evidente que el sistema de aseguramiento de la responsabilidad profesional y de protección jurídica frente a la mala praxis de los profesionales y las organizaciones sanitarias necesita una profunda reforma legal. A este objetivo pueden ayudar algunos recientes documentos específicos sobre este tópico del Comité Permanente de Hospitales de la Unión Europea (HOPE’s Sub-Committee on Co-ordination, 2004), la OCDE (OECD, 2006) o el Milbank Memorial Fund (Mello *et al.*, 2006).



### 3. Convirtiendo (o no) los problemas en oportunidades: análisis de casos

La mala praxis profesional ha existido, existe y existirá en todos los países del mundo. Por falta de competencia, por violación o mala elección de los procedimientos, por políticas gestoras orientadas básicamente a la reducción de costes y de la utilización de recursos o simplemente por las condiciones de incertidumbre inherentes al ejercicio de la medicina (Kohn *et al.*, 2000, McNeil, 2001, Aranaz *et al.*, 2006), siempre habrá pacientes que no reciban la asistencia que debieron haber recibido. Y en muchos países, este problema se ha tomado en serio. Sólo en el ámbito hospitalario, se producen por errores médicos entre 40.000 y 90.000 muertes al año en los Estados Unidos, según cálculo de la Asociación Americana de Hospitales (Kohn *et al.*, 2000). Se estima, a partir de los datos existentes en diferentes países desarrollados, que entre un 4% y un 17% de los ingresos hospitalarios sufre algún tipo de efecto adverso y los escasos datos disponibles indican que la situación no debe de ser demasiado diferente en España (Aranaz *et al.*, 2006).

A modo de “análisis de caso”, este capítulo recoge dos situaciones cualitativamente similares en dos países muy diferentes. Los países son el Reino Unido y España; las situaciones son las reacciones –o su clamorosa ausencia– ante delitos terribles realizados por médicos y especialmente la diferencia entre una sociedad y una profesión que se preguntan ¿cómo pudo haber sucedido esto? y tratan de arbitrar medidas para minimizar el riesgo de que vuelva a suceder de nuevo y otras que, en cuanto se desvanece el eco mediático, se limitan a mirar hacia otro lado.

#### 3.1 El caso del Reino Unido

No destacamos con un apartado propio el caso británico con la intención de proponer una importación de sus desarrollos, sino para destacar una interesante metodología de debate público, político y profesional acerca de cómo es posible convertir los problemas en oportunidades. Las sociedades británica y española, aun compartiendo algunos rasgos comunes (por ejemplo, los problemas derivados de la descentralización territorial a la hora de desarrollar regulaciones y modelos organizativos o la existencia de un modelo sanitario de cobertura universal y financiación básicamente pública), son suficientemente di-

ferentes como para que resulte desaconsejable cualquier intento de importación acrítica de políticas o desarrollos sin preguntarse hasta qué punto existe un sustrato cultural y social donde pudieran enraizar.

Dicho esto, también hay que reconocer que los desarrollos políticos y organizativos sanitarios del Reino Unido siempre han servido como referente en España, siendo bastante conocidos y analizados; por ejemplo, la creación de las “fundaciones” hospitalarias en ciertos servicios de salud españoles es una traslación bastante fiel (hasta en su denominación) de los *trust* británicos. También otros aspectos –carrera profesional; algunos desarrollos retributivos; Iniciativa de Financiación Privada (PFI), separación entre financiación, contratación y provisión; desarrollo de la enfermería en atención primaria y el actual debate sobre prescripción enfermera, vigente en el Reino Unido; “gobernanza” médica...– han servido como inspiración en numerosas ocasiones. Diríamos, pues, que el National Health Service (NHS) británico ha servido de fuente de inspiración permanente en los últimos veinticinco años para el SNS español, por lo que no debe resultar extraño que se haya estudiado bastante a conciencia su entramado corporativo, desde luego infinitamente más complejo que el nuestro, o que propuestas como la creación de un NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) español hayan sido puestas encima de la mesa (Jönsson y Staginnus, 2006)<sup>29</sup>.

### A) Antecedentes

A finales de los años noventa y principios de este siglo, la sociedad británica se vio conmocionada por una serie de escándalos y crímenes cometidos por médicos o unidades asistenciales. No vamos a aburrir con una descripción detallada que puede encontrarse en las referencias que acompañan a las publicaciones que iremos citando; pero, en resumen, algunos de tales “sucesos críticos” fueron los siguientes:

- Cuando, por reiteradas exigencias de algunos padres afectados, se realizó una auditoría clínica de la Unidad de Cardiología Pediátrica del Hospital de Bristol (*Bristol Infirmary*), sus indicadores mostraron unas tasas de mortalidad exageradamente altas que no fueron detectadas “a tiempo real”, ni siquiera a corto plazo. Esto sucedió durante más de diez años. Esta situación motivó la creación de una comisión pública de investigación (*Public Inquiry*), cuyos resultados elevó el secretario de Estado (Secretary of State for Health, 2001) al Parlamento británico tratando de responder a la pregunta: ¿cómo ha podido suceder esta tragedia y durante tanto tiempo?
- Harold Shipman<sup>30</sup> era un médico de familia (*General Practitioner*) que mató a unos 250 de sus pacientes entre 1972 y 1998 mediante la inyección de sobredosis de morfina que

---

29 Para una descripción comprehensiva, pero asequible (10 páginas), del sistema regulador de las profesiones sanitarias y de las propuestas de reforma del Reino Unido, véase King's Fund (2007).

30 Para la descripción de este y los siguientes cuatro casos, nos basamos en Secretary of State for Health (2007a) y Chief Medical Officer (2006), además de otro material adicional.

había acaparado ilegalmente. Fue condenado a cadena perpetua por 20 casos probados (en cuanto a la relación de causa-efecto entre medicación y fallecimiento) y acabó suicidándose en prisión dos años después de ser condenado. Este caso dio lugar a la *Shipman Inquiry* que dio lugar a hasta cinco informes elevados al Parlamento; a partir del tercer informe, el caso fue acumulado –a efectos de investigación pública– a los siguientes cuatro casos que relatamos y cuyo informe final ha sido presentado hace unos meses (Secretary of State for Health, 2007a).

- Los casos de Clifford Ayling, William Kerr y Michael Haslam tuvieron que ver con abusos sexuales sobre sus pacientes, denunciados todos ellos durante años al *General Medical Council* (GMC), que no adoptó ninguna medida hasta que salieron a los medios o fueron objeto de sentencia judicial.
- El caso de Richard Neale tuvo que ver con la función de licencia profesional. Condenado dos veces en Canadá (British Columbia y Ontario) por mala práctica profesional, con resultado de muerte, escapó al Reino Unido, donde abrió consulta en Yorkshire. El GMC inglés fue informado hasta seis veces por las autoridades canadienses y la policía, la primera en 1985; no sería hasta mayo de 1998 cuando el GMC le instruyó expediente y hasta más de dos años después, en julio de 2000, cuando le fue revocada su licencia para ejercer la profesión: nada menos que 15 años después de que se registrara la primera denuncia oficial.

Tantos sucesos, evidenciados ante la opinión pública en apenas cinco años, tuvieron un dramático impacto social y mediático. Y, sobre todo, desvelaron el papel meramente burocrático del GMC, absolutamente desocupado de sus funciones estatutarias de control de la buena práctica profesional.

El resultado fue evidente en un país que se toma las cosas en serio y es capaz de debatirlas también en serio y en sede parlamentaria: ¿cómo hemos podido llegar a una situación donde suceden con tanta frecuencia este tipo de sucesos horrorosos? ¿Qué procedimientos y aun instituciones están fallando? ¿Qué debemos y podemos hacer para que no sigan pasando?

## **B) Las consecuencias**

En todos estos casos, mirados retrospectivamente y salvando a las personas y familiares directamente afectados, no importa tanto saber quién fue, sino cómo pudo pasar, teniendo en cuenta el complejo entramado de organizaciones profesionales y administrativas desplegado en el Reino Unido, con decenas de agencias públicas y organizaciones profesionales supuestamente velando por la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

Lo cierto es que estos casos evidencian una degeneración adaptativa de órganos de autorregulación profesional hacia estructuras meramente burocráticas, orientadas básicamente a la

defensa corporativista de los profesionales, a su propia supervivencia y desligadas por completo de su responsabilidad social corporativa. Pero las consecuencias –al menos, tal como están planteándose– van a ser de amplio calado y van a suponer reformas importantes en la organización corporativa de la profesión médica. Y caminarán, sin duda, en un refuerzo de los controles administrativos y sociales y en detrimento de la autorregulación profesional.

De hecho, asistimos hoy en el Reino Unido al *harakiri* de la organización colegial por excelencia<sup>31</sup>, el GMC, si no como organización, sí como la venerable institución creada por la *Medical Act* de 1858, es decir, con ya 150 años de existencia. El informe del *Chief Medical Officer* (2006), *Good doctors, safer patients*, describe en detalle la historia de esta institución, que gobierna a 200.000 médicos, con un presupuesto de unos 90 millones de euros.

El GMC (2001) tiene cuatro funciones definidas: a) establecer los estándares de buena práctica médica; b) establecer los contenidos de la formación pregraduada y asegurar la calidad de la formación médica; c) gestionar el sistema de registro profesional y licencia para practicar; d) administrar el régimen disciplinario y deontológico refrendando o retirando la “aptitud para ejercer” (*fitness to practice*).

En estos momentos, el propio GMC reconoce que está inmerso en una crisis de confianza por parte de los ciudadanos y no sólo se está replanteando cómo ejercer mejor sus funciones, sino algo más profundo: su propia concepción del “profesionalismo”. Lo que aquí se hubiera despachado con un par de reformas estatutarias ha llevado a la institución a cuestionarse el corazón mismo de su razón de ser: el profesionalismo, al menos tal y como ha sido concebido y regulado en las últimas décadas.

Pero esta conciencia de crisis no sólo afecta al GMC; el Royal College of Physicians (RCP) (por decirlo así, el órgano director de las asociaciones de especialidades médicas británicas, fundado nada menos que en 1518), en su documento *La medicina en la sociedad. Profesionalismo médico en una sociedad en cambio* (RCP, 2005), ha diseccionado el concepto de “profesionalismo” y ha clasificado los aspectos que subyacen a esta definición en tres tipos: los que deberían ser abandonados; los que deberían ser preservados; y los que deberían ser reformulados.

Lo más reseñable es que esta preeminente y respetada organización propone que a la hora de definir hoy en día el “profesionalismo” se abandonen cuatro aspectos que probables-

---

31 Como lo describe un antiguo presidente del GMC, (Irvine, 2006a:2): “El actual criticismo respecto al GMC hace virtualmente imposible que acometa con confianza y convicción la transformación cultural que necesita, incluso aunque quisiera. Así que hay que trazar una línea. El Consejo actual necesita ser desmantelado y su sucesor reformado con miembros, médicos y no médicos, que puedan darle un comienzo fresco”.

te casi cualquier organización profesional médica observa aún como parte esencial de su razón de ser y funcionar (p. 16):

- **Mastery (dominio y superioridad técnica):** “*mastery* podría sugerir control, autoridad, poder y superioridad, ideales que no son compatibles con nuestra visión del *partenazgo (partnership)* paciente-médico como unidad fundamental de la práctica clínica”.
- **Autonomía:** “en el lado positivo, autonomía sugiere independencia y libertad de controles externos. Los pacientes deberían confiar, cuando visitan a un médico, en que el consejo que reciben se rige únicamente por sus intereses y necesidades (...) Pero autonomía también sugiere el derecho al autogobierno, una apelación a la autoridad personal, es decir, el derecho a seguir unas prácticas que son autogeneradas por completo. Claramente, no es este un valor que deseáramos recomendar (...) La autonomía clínica sugiere que un médico posee autoridad para actuar independientemente, tanto de los deseos de sus pacientes, como de la preponderancia de la evidencia médica”.
- **Privilegio:** “en el sentido de una especial libertad o inmunidad frente, por ejemplo, a cualquier tipo de responsabilidad, también está obsoleto en el mundo de hoy, afortunadamente más igualitario”.
- **Autorregulación:** “mientras que se trata de un principio que muchos médicos defenderían como una forma práctica y sensata de gobernar la profesión, es irrelevante para los valores y conductas que sustentan la práctica profesional”.

También propone el Royal College of Physicians que los conceptos “contrato social” y “moralidad” se subsuman en el concepto “contrato moral”; la repercusión básica de este cambio de enfoque es que cuando uno “firma” un contrato moral renuncia a esperar contrapartidas que no sean igualmente “morales”. Asimismo, propone redefinir “competencia” profesional como “excelencia” y abandonar el envejecido concepto retórico de “el arte de la medicina”, reemplazándolo simplemente por “juicio clínico”.

Por lo que se refiere al presente trabajo, nos parece más importante este sustrato cultural que las reformas concretas propuestas al sistema “colegial”, no dejando de ser estas importantes y radicales, ya que lo que el Gobierno propone es, en un breve resumen, lo siguiente (Secretary of State for Health, 2007a y 2007b):

- Los consejos reguladores de las profesiones sanitarias (hay nueve, entre ellos el GMC) tendrán, al menos, paridad de miembros profesionales y extraprofesionales (actualmente, el 60% de los miembros del GMC son médicos) para asegurar que no haya mayorías profesionales, si bien el Gobierno recomienda minorías profesionales. Aquellos consejos que opten por la paridad, implantarán las medidas que consideren necesarias para evitar sospechas de parcialidad, siendo revisados en 2011 por el Gobierno para evaluar hasta qué punto existe esa seguridad.

- Todos los miembros de los consejos serán independientes: a) del Gobierno; b) de sus empleadores; c) de las asociaciones sanitarias.
- Los consejos presentarán informes anuales al Parlamento y, en su caso, a las asambleas regionales (Gales, Escocia e Irlanda del Norte).
- Los consejos serán más transparentes, publicando en sus páginas web todos sus documentos y siendo sus reuniones de acceso abierto al público (salvo en situaciones excepcionales).
- Los miembros de los consejos serán, en su totalidad, designados independientemente (hasta ahora había miembros designados y otros elegidos por los profesionales) por la Comisión de Nombramientos del Parlamento, y deben éstos responder a los perfiles de competencias que se establecerán.
- Los consejos se reducirán en tamaño, con una orientación más administrativa, focalizándose con más efectividad en la estrategia reguladora y la supervisión de sus ejecutivos.
- Se realizará un profundo proceso de descentralización creando filiales (*affiliates*) en cada área sanitaria (presididos cuando sea factible por los directores médicos del área) para acercarse a los pacientes, a los empleadores y a los propios profesionales.
- Se registrarán todas las quejas y reclamaciones presentadas en los centros (por pacientes, empleadores y colegas), las cuales serán necesariamente resueltas y archivadas centralizadamente. Las filiales del GMC dispondrán de una comisión que revisará periódicamente todas las quejas y reclamaciones archivadas para valorar la calidad en su resolución y, en su caso, desarrollar investigaciones más amplias cuando algún profesional reúna un número elevado de quejas.
- La licencia para practicar será revalidada cada cinco años a todos los médicos siguiendo un sistema de evaluación de competencias (que se negociará con las organizaciones profesionales), pero teniendo también en cuenta el historial profesional (incluidas posibles quejas registradas).
- Lo mismo sucederá con los especialistas, que deberán recertificar su título de especialista a intervalos regulares “no menores a cinco años”.
- Finalmente, en los procesos disciplinarios se pasará, para condenar, de la actual filosofía penal (más allá de toda duda razonable) a otra civil (balance de probabilidad estadística de las pruebas).

Como puede verse, no se trata de parches, sino de una revisión en profundidad, sin duda catalizada por una percepción general de gran crisis del modelo tradicional de organización corporativa, con cuatro rasgos definitorios:

- Una nueva definición, de orientación más social que corporativa, de lo que significa hoy en día el profesionalismo y de los valores en que debe sustentarse para frenar el deterioro de la confianza social en la medicina.
- Terminar con la independencia regulatoria de la profesión médica, asignando la capacidad regulatoria a una organización agencial en la que los médicos participen, pero no decidan.
- Hacer mucho más rígidos, transparentes y justos los controles de la mala práctica profesional y terminar con la percepción social generalizada de que la máxima colegial es “entre colegas hay que echarse una mano”.
- No dar por hecho que la mera posesión del título académico o de la especialidad garantizan la competencia profesional de por vida, sino que debe ser evaluada periódicamente.

### 3.2 El caso de España

Siguiendo con el análisis de la mala praxis profesional, no disponemos de datos o cálculos españoles sobre su prevalencia, pero, de ser cierta la cifra de más de 12.000 pleitos anuales a médicos que citábamos antes, podemos constatar que en España tenemos un problema; no necesariamente de mala praxis generalizada, pero sí desde luego de judicialización intensiva de las relaciones entre medicina y sociedad, difícilmente compatible con la existencia del supuesto “contrato social implícito”<sup>32</sup>.

Dado que no existe en España una tradición arraigada de litigación estimulada por parte de la abogacía en materia médica<sup>33</sup>, como en los Estados Unidos, debemos pensar que cuando un paciente o su familia se decide a denunciar en los tribunales a su médico es porque considera legítimamente que determinadas acciones u omisiones diagnósticas y/o terapéuticas han causado un perjuicio evitable para la salud de la persona implicada, perjuicio que con frecuencia es la muerte.

Con toda seguridad, podríamos extender al SNS español el lema de un folleto de la Agencia Nacional para la Seguridad de los Pacientes británica: “la inmensa mayor parte de la asistencia en el NHS es segura, pero los errores se producen, a veces con

---

32 De hecho, ya se ha creado, como reacción, una Asociación de Médicos Afectados por Denuncias Injustas (AMADI).

33 Lo que no significa que no esté generándose: la demanda estimula siempre a la oferta y la autodenominada “Asociación el Defensor del Paciente”, formada por abogados y con una creciente actividad mediática y litigadora, así lo indica.

trágicas consecuencias. Sólo podemos prevenir esos problemas si aprendemos de lo que ha ido mal”.

Este apartado utiliza, como “caso de análisis”, un reciente y notorio suceso médico-judicial<sup>34</sup>. Sabemos que siempre es difícil abordar estos temas, porque implican a personas que han padecido un verdadero calvario (incluso los propios procesados); sin embargo, nos proporcionan un excelente material para aprender de lo que ha pasado.

### A) El “caso Maeso”

Una lectura detallada de la sentencia del denominado “caso Maeso”<sup>35</sup>, especialmente de las declaraciones y actuaciones de las estructuras de gestión (y, por omisión, colegiales), debería justificar la creación de una comisión independiente de investigación: el juez ya ha dictado sentencia (aunque está recurrida ante el Tribunal Supremo y ello obliga a cierta prudencia adicional) y ha declarado los “hechos probados”; tal comisión debería olvidarse del condenado, ya en prisión, y centrarse en analizar lo que ha fallado en los diferentes niveles para realizar propuestas correctivas que minimicen las ocasiones en que pudieran volver a suceder hechos similares. Hemos visto en el capítulo anterior que esta ha sido la metodología seguida en el Reino Unido y que de ahí han salido propuestas concretas que se están desarrollando regulatoria y operativamente.

Es más que probable que, en la crispada e inestable situación política española, muchos interpretarán cualquier propuesta de comisión de investigación independiente como un intento de culpabilizar a un determinado servicio de salud autonómico, que depende de un gobierno de un color político determinado, pero todos sabemos que la cadena de errores y malas praxis médicas y directivas podría haber sucedido en cualquier otro servicio de salud (y con seguridad ha pasado, pero estos casos tienden a no aflorar a la superficie salvo que se deriven consecuencias tan graves como en este).

La sentencia describe a un médico anestesista que se inyectaba parte de las dosis (generalmente de Dolantina) destinadas a los pacientes quirúrgicos, compartiendo jeringuilla con ellos, con una enfermedad infecciosa (hepatitis C) contagiosa por vía parenteral, de la que sólo parece haber existido constancia desde 1998; y un médico, además, agobiado por compatibilizar hasta seis trabajos, en centros tanto públicos como

---

34 Mientras redactamos este documento se ha informado de algún otro caso de delito similar a algunos de los analizados en el caso del Reino Unido, como por ejemplo el de un médico rehabilitador condenado por abusos sexuales cometidos con varias de sus pacientes y cuya única consecuencia penal y deontológico-disciplinaria ha sido, hasta donde conocemos, una multa impuesta por el tribunal y la inhabilitación por seis meses, así como obligar a tal sujeto a realizar sus terapias en presencia de una enfermera. No ha sido de alcance público notorio, de haber existido (no en las noticias de prensa de su web, desde luego), la reacción de la OMC.

35 Sentencia de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Valencia 229/2007, de 14 de mayo.



privados<sup>36</sup>. La consecuencia fue el contagio de 275 personas, cuatro de las cuales fallecieron. La Audiencia Provincial de Valencia sentenció al doctor Juan Maeso (JM) a 1.933 años de cárcel y 20 millones de euros en indemnizaciones. La sentencia, como ya hemos dicho, está recurrida en casación ante el Tribunal Supremo.

Pero lo más llamativo es que –como en los casos descritos en el apartado anterior– esta conducta se prolongó durante al menos diez años; y, como en algunos de aquellos casos, la situación era bien conocida por bastantes responsables directos de su trabajo y, como veremos, por los directivos del correspondiente colegio oficial de médicos.

Reproducimos, a continuación, algunos “hechos probados”, incluidas diversas declaraciones en fase de instrucción de diferentes directivos y responsables (no los nombres, que sí aparecen en la sentencia). Comenzamos por su ejercicio como intensivista en un hospital militar:

“En fecha 17 de enero de 1989, se emitió un parte por el jefe del Servicio de Respiratorio del Hospital Militar, en el que entre otros extremos se hacía constar que Es un hecho comprobado en las diversas salas de este Hospital, el uso indiscriminado desde hace tiempo por este doctor de dolantina, hasta el punto de ser prohibido por mí a las ATS de la Sala Médica B su administración, sin mi previo conocimiento.

En fecha 27 de enero de 1989, por el entonces director interino del hospital, se emitió la siguiente amonestación: Consecuente con el parte llegado a esta Dirección del jefe del Servicio de Respiratorio de fecha 17/1/89, he resuelto amonestarle privadamente, y le ordeno que, en lo sucesivo, atenderá fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos, solamente aquellos casos que su presencia sea requerida por el Médico de Guardia, restringiendo al máximo el uso de estupefacientes, los que en casos de indicación extrema deberá ser aplicada por la supervisora o ATS de turno. Esta amonestación no excluye la posible apertura de un expediente informativo.”

En fecha 31 de enero de ese año 1989, JM solicitó el pase a la situación de ajeno al servicio activo en la plaza, por motivos personales no especificados.

Cuatro años más tarde, y en relación con su trabajo en un hospital privado propiedad de una orden religiosa:

---

36 Desde 1970, en el hospital público (a partir de 1988, como jefe de servicio; y durante 1989 y 1997, además de su jornada ordinaria, realizando anestésias, peonadas, dentro del plan de choque de eliminación de listas de espera en un hospital concertado); desde 1973 a 1989, como intensivista en un hospital militar; entre 1988 y 1998, para diferentes aseguradoras y mutuas, operando en un hospital privado, en el que también trabajaba (asalariado por el centro) como intensivista en la UCI; desde 1989, como anestésista en un centro privado de litotricias.

“Y, con referencia al trabajo del acusado en el hospital, la testigo XXX, instrumentista que intervenía con el Dr. XXX en ese hospital, declaró en el juicio que sí había rumores referentes al uso de drogas por el procesado, y que Decían que se pinchaba Fentanest, con medicación anestésica.

El 20 de enero de 1997, a raíz de dejar desatendido el servicio durante unas guardias, se le cesa como intensivista de la UCI del hospital.

El día 4 de febrero de 1998, la Dirección del hospital le comunica que tiene prohibida la entrada en el centro (seguía trabajando en él por cuenta de la sanidad pública que concertó con el centro dentro del plan de choque de reducción de listas de espera), tras haber dado positivo al virus de la hepatitis C en analítica de sangre practicada al mismo.”

Finalmente, en cuanto a su trabajo en el hospital público (es sólo un extracto, ya que hubo más declarantes):

“XXX, en un tiempo director de todo el complejo hospitalario, declaró, ante el juzgado de instrucción, que Hace años que corren rumores acerca de anestelistas, relativos a que lo encuentran raro, que le pasa algo... Se le hizo saber que existían rumores acerca de alguna posible adicción a sustancias tóxicas por su parte... El Dr. negó expresamente cualquier adicción y manifestó que tenía problemas de estrés causado por un pluriempleo. Cree que estuvo de baja bastante tiempo... Cuando se reincorporó, le pidió al Dr. XXX que controlara al procesado... En el año 1989 ó 1990 corrían rumores relativos a que tres anestelistas eran adictos a derivados opiáceos. Entre esas tres personas estaba el procesado... Las quejas (...) consistían en que salía del quirófano más de lo normal y tardaba más de lo normal y que notaban cambio de estado de ánimo cuando regresaba.

XXX, subdirector médico del Hospital Maternal hasta el primer trimestre del año 1993, refirió en juicio la existencia en el hospital de rumores de drogadicción del procesado, que motivaron una reunión tensa con este; confirmando que hubo un problema de descuadre de tóxicos.

Y XXX, subdirectora de Enfermería del Hospital XXX de abril de 1987 a noviembre de 1990, y directora de Enfermería de noviembre de 1990 al 12 de octubre de 1995, declaró ante el juzgado de instrucción que En el ejercicio de sus funciones como subdirectora o directora ha recibido quejas por parte de conductas del procesado. Entre el año 1988 y el año 1989, bajó personal de enfermería del quirófano de maternidad y le dijeron que los pacientes después de la anestesia despertaban con síntomas de dolor y cree recordar que también decían que sucedía con las anestesis del procesado y también decían que se ausentaba del quirófano en periodos cortos... Con posterioridad informó en el 1988-1989 al director médico y a la Dirección Gerencia.

Y XXX, subdirectora de Enfermería del Hospital Maternal de 1990 a octubre de 1995, declaró ante el juzgado de instrucción que Supo que hubo una reunión por problemas con el Dr. El tema lo llevó personalmente la Sra. XXX. Hubo quejas por problemas que había con las anestias del procesado... La queja cree que fue por consumo excesivo de dolantinas en intensivos. Hubo momentos en que desaparecían las dolantinas coincidiendo que estaba de guardia... Sabe la declarante que el Dr. JM desapareció del hospital una temporada, pero no sabe por qué motivo. Fue en el periodo de tiempo comprendido entre el 1987-1990. La respuesta que se dio al tema fue una reunión con el Dr. JM y al poco tiempo desapareció del hospital durante un periodo de tiempo.”

## B) Las consecuencias

Las consecuencias, en realidad, parecen nulas. Véanse las declaraciones del presidente del colegio provincial de médicos al hilo de la sentencia<sup>37</sup>:

“Cuando aparecieron los primeros casos de hepatitis y se señaló a Maeso como principal acusado, desde el colegio de médicos se le abrió un expediente informativo. Una vez llegó al juez, éste se paralizó. Sin embargo, explicó que en el momento en que se conocieron los primeros casos, hace casi 10 años, la entidad recibió muchas llamadas en las que se planteaban diferentes dudas sobre el proceso y sobre otros temas relacionados con el anestesista. El presidente puntualizó que cuando se destapó este caso, el Colegio de Médicos estaba muy reciente (*sic*<sup>38</sup>) por lo que el hecho de recibir tantas llamadas desbordaba un poco la situación, pero ahora, tal como indicó, que ya tiene más experiencia y ofrece un mayor servicio a la población, no ha recibido ni tan siquiera una llamada o una carta sobre el tema. El presidente del colegio afirma que cuando exista una sentencia firme, se estudiará la posibilidad de proponer una condena determinada, (que) podría ir desde su absolución, hasta un día, un mes o incluso un año de inhabilitación profesional<sup>39</sup>.”

Ningún ciudadano normal podría llegar a entender en toda su vida por qué razones, conociendo durante casi diez años las sospechas o indicios de algo tan grave y recibiendo “muchas” llamadas interesándose, el colegio de médicos, responsable legal de la deontología profesional y el código disciplinario de sus colegiados, no hizo nada sabiendo ahora que su

---

37 Recogidas en AZprensa, diario digital de información sanitaria (22/5/2007) ([www.azprensa.com](http://www.azprensa.com)) y Diario Médico (23/5/2007) ([www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)).

38 El Colegio Oficial de Médicos de Valencia se fundó en 1898. Queremos pensar que se refiere a la toma de posesión de una nueva Junta.

39 En realidad, en su régimen disciplinario (estatutos colegiales, artículo 73) se declara como falta muy grave “a) Cualquier conducta constitutiva de delito doloso, en materia profesional”; y estas faltas muy graves se sancionan (artículo 74) con “suspensión del ejercicio profesional por tiempo superior a un año e inferior a dos”. Nótese, por cierto, a modo de contraste, que la “falta de pago de dos cuotas ordinarias o una extraordinaria” supone la expulsión del Colegio, lo que conlleva la prohibición de ejercer la profesión (artículo 53.1).

intervención a tiempo, en cualesquiera de sus modalidades, habría salvado del contagio, sin duda, a decenas de pacientes.

Aun así, es bueno saber que el anestesista, además de a las penas de prisión, fue también condenado a otros tantos años (1933) de inhabilitación especial para ejercer la medicina, de manera que ese día, mes o año “estudiará la posibilidad de proponer” el colegio; además de escandaloso por ínfimo, carece de cualquier virtualidad.

Pero también resulta increíble que cuando un centro, sea público o privado, detecta una conducta aberrante (y/o enfermedad incapacitante) en un profesional, que pone seriamente en riesgo a sus pacientes, en lugar de actuar informando a los órganos administrativos, colegiales o judiciales correspondientes para que actúen, se limita a poner “paños calientes” (bajas, vacaciones...), con el aparente propósito de tapar el asunto, sobreponiendo el corporativismo u otras razones arcanas al interés de los pacientes que les encomiendan su vida, su salud y su bienestar.

La mera sospecha de que el encadenamiento de lo que sin duda podrían denominarse malas praxis directivas, la ocultación de hechos presuntamente delictivos y la confirmación en su puesto de quienes los protagonizan, en lugar de la apertura de expedientes informativos y, en su caso, sancionadores, podría ser una práctica posible en nuestros centros sanitarios, evidenciaría la existencia de un grave problema que posiblemente afloraría en un porcentaje mínimo de los casos.

## 4. El contexto organizacional interno

### 4.1 La filosofía de gobierno del sistema sanitario

Hasta ahora, hemos abordado lo que podríamos llamar “macropolítica” organizativa, es decir, la dimensión externa (o “envoltura”) de la organización corporativa. Aspectos y asuntos que competen a los agentes políticos y corporativos relacionados con los aspectos formales del gobierno estratégico profesional, pero no con su esencia (Gray, 2004).

Esta envoltura tiene, sin duda, una clara incidencia en las formulaciones concretas de lo que se ha dado en llamar “gobernanza” médica. Este término, gobernanza (*governance*), no sólo es un anglicismo en español, sino que en el propio mundo anglosajón es un neologismo que fue utilizado públicamente por primera vez por el “nuevo laborismo” de Blair en sus primeras propuestas de reforma del NHS. Resulta curioso que, aunque no existe realmente una definición comúnmente aceptada y que revisando la literatura (médica y no médica) sobre gobernanza se percibe que diferentes autores o corrientes se refieren en realidad a diferentes cosas, el término haya sido adoptado tan entusiastamente. El propio Institute on Governance, con base en Canadá, adopta una definición claramente ecléctica<sup>40</sup>: “Gobernanza es el proceso mediante el cual las sociedades u organizaciones adoptan sus decisiones más importantes, determinan a quiénes implican y cómo éstos rinden cuentas”.

Al referirnos a un modelo de organización corporativa de la profesión médica, el difuso concepto de “gobernanza médica” cobra sentido como una filosofía, incluso como un proceso. Si hemos aceptado que existe una serie de valores y compromisos que deben sustentar las prácticas profesionales, es evidente que estos mismos valores y compromisos deben encarnarse en las organizaciones implicadas en su gobierno corporativo. Algo así podría significar, en nuestro propio contexto, gobernanza médica.

Pero, en un sentido más lato, “gobernanza” es en realidad un término alternativo que surge por la necesidad de sustituir el más tradicional de “gobierno”, por sus implicaciones “intervencionistas”; y en términos más sociológicos, es un intento de sustituir el concepto de burocracia weberiana por el más posmoderno de burocracia *soft* (Courpasson, 2000) con lo que tiene de refutación de las jerarquías basadas meramente en la racionalidad burocrática:

---

40 <http://www.iog.ca/page.asp?pageID=3&htmlarea=home>, accedido el 7 de septiembre de 2007.

la sustitución del gobierno de “mando y control” (*command and control*) por una “gobernanza” más difusa que se gestiona a través de redes complejas donde normalmente se entremezclan lo privado y lo público (Rhodes, 1997).

Las formas organizativas –el objeto de este informe– no son sino un instrumento y, precisamente por este carácter instrumental, no deberían estar en la base de la pirámide de decisiones, sino en su cúspide. Es preciso entender la reforma de la organización corporativa como un proceso de abajo arriba donde sean las necesidades básicas (el desarrollo y difusión de un “profesionalismo renovado” y el refuerzo de la confianza en los médicos y la profesión por parte de los pacientes y la sociedad) quienes recomienden la adopción de aquellas formas organizativas, a todos los niveles, que más cooperen y menos interfieran o condicionen el desarrollo de esas necesidades básicas.

Es esta concepción, en nada utópica, de proceso de abajo arriba la que debería dominar los procesos de toma de decisiones; sin embargo, no suele ser así y desde luego nunca ha sido así en el sistema sanitario público español: una vez establecidas las bases legislativas, el desarrollo operativo de los procesos de reforma acostumbra a comenzar con una revisión de las estructuras organizativas, con la vista puesta en una mejor adecuación entre normas y estructuras y en una fuerte homogeneidad organizativa que simplifique el control formal-burocrático y permita una línea de mando (fuertemente politizada, además) orientada a un imposible control de los capilares del sistema: los profesionales y equipos que oxigenan –o, cuando fallan, intoxican– el punto de encuentro entre sistema de salud y ciudadanos.

Al final, la “práctica médica” no es sino la resultante de la suma sinérgica de las “prácticas médicas” individuales y su envoltura organizacional, que le proporciona un marco de relaciones entre profesión y sociedad: el resto, lo importante para los ciudadanos, es simplemente la relación médico-paciente.

Las prácticas individuales (Cox *et al.*, 2006) son la resultante de un amplio conjunto de factores, clasificables en cuatro grandes grupos:

- **Individuales:** salud física y emocional (incluida la dependencia de drogas o alcohol), capacidades cognitivas, factores psicológicos (actitudes y personalidad), reacción ante el estrés...
- **Formativos y educativos:** formación básica, especializada y continuada, socialización en valores y códigos morales, credencialismo...
- **Organizacionales:** cultura y clima organizacionales, trabajo en equipo, cargas de trabajo, turnos, sistemas de organización del trabajo...
- **Corporativos:** liderazgos, pertenencia grupal, percepción de confianza social y prestigio, sensación de protección...

Según este análisis, los aspectos corporativos, siendo importantes, sólo son un componente más del rendimiento médico; pero precisamente por ser los más externos (no son individuales, ni organizacionales o laborales y sólo en parte formativos), tienden a infravalorarse respecto al resto.

Las formas organizativas deben adecuarse a las necesidades de los profesionales, las cuales deberían derivar simplemente de las propias necesidades (y expectativas) de sus pacientes. Sus dos principales misiones son, por tanto: a) facilitar a los profesionales un adecuado sustrato para el desarrollo de sus prácticas profesionales; b) garantizar que las tomas de decisiones en que éstas se concretan se basan en la excelencia profesional, en la independencia científica y en el compromiso con los principios que guían la responsabilidad social corporativa de los servicios de salud: es decir, en el profesionalismo.

## 4.2 Multidimensionalidad de los servicios de salud

La difícil y conflictiva relación entre los profesionales, las tecnoestructuras directivas y de gestión y la dirección política del SNS tienen su fundamento en la multidimensionalidad de los sistemas sanitarios, que son al tiempo:

- Una **institución social** que no sólo encarna, sino que también transmite valores y participa del proceso de socialización en los principios de ciudadanía. Y que, por tanto, debe dar respuesta a problemas de financiación distributiva, legitimidad social, equidad, solidaridad, participación pública en las políticas, etc.
- Un **servicio público** al que se demandan estándares de calidad, accesibilidad, inmediatez, confortabilidad, suficiencia, etc., que van más allá de lo meramente técnico.
- Un **servicio de salud** que debe adoptar decisiones de cobertura objetiva y subjetiva y establecer criterios y guías de práctica clínica y salud pública basadas en evidencias científicas y en análisis de coste-beneficio.
- Una **organización profesional** que se enfrenta a las tensiones características de este tipo de organizaciones, básicamente la necesidad de compatibilizar la necesaria autonomía profesional con los sistemas de organización y control que minimicen los problemas de variabilidad injustificada, conflictos de intereses, problemas de coordinación entre equipos autónomos, organizaciones o niveles...
- Una **empresa** que, como cualquier otra, debe trabajar en un entorno económico y presupuestario concreto, gestionando eficientemente recursos limitados y ofreciendo una cuenta de resultados equilibrada entre ingresos y gastos a unos “accionistas” (los ciudadanos) que son, al tiempo y de manera paradójica, también sus clientes. Y que, ade-

más, debe desarrollar unas políticas de recursos humanos y relaciones laborales especialmente complejas, siempre inflacionistas y a menudo conflictivas.

Si, desde un punto de vista pragmático, le añadimos a nuestro esquema una sexta dimensión (los servicios sanitarios como sector económico y productivo) e incorporamos los intereses empresariales de otros sectores (farmacéutico, de tecnologías sanitarias y de la información, aseguradoras y empresas sanitarias privadas, promotores inmobiliarios y constructoras, proveedores de suministros...), analizando las actividades de influencia que afectan a todos los niveles del sistema (político, gestor y profesional<sup>41</sup>), obtenemos un cuadro más realista, pero aún más complejo.

Esta multidimensionalidad implica (y explica) los conflictos estructurales de intereses y de priorización de necesidades que convierten a los servicios sanitarios en uno de los sectores más complicados de planificar y gestionar. Y explica asimismo la inestable base de relación entre sociedad, burocracias y profesionales.

Pero, sin duda, es el terreno de juego existente y las políticas públicas deben buscar los adecuados puntos de equilibrio que, en cada momento, sean socialmente más aceptables, políticamente más cohesionadores, económicamente más equilibrados y sanitariamente más eficientes.

### 4.3 El problema del ausente liderazgo

En este complejo entorno, es evidente que debería existir un alineamiento de intereses entre los profesionales, los centros sanitarios y los órganos de responsabilidad política; este alineamiento se favorece mediante el desarrollo de coaliciones basadas en la cooperación y el reconocimiento de los ámbitos de autoridad, pero precisa de un marco estable de entendimiento y de la existencia de liderazgos (políticos, directivos y profesionales) que posibiliten una interlocución seria y responsable. A nuestro juicio, este liderazgo no existe en ninguno de los niveles.

En el profesional, porque, como ya hemos dicho, nos encontramos con una profesión médica descohesionada; segmentada en nichos profesionales; sin centros de pensamiento relevantes ni organizaciones capaces de dialogar con la sociedad; y con una base profesional que no se siente mínimamente representada y protegida.

---

41 La propia OMC (2006:27) reconoce que “en defensa de sus legítimos intereses, la industria farmacéutica y de material médico-sanitario a menudo lleva a cabo iniciativas que chocan con el ideario profesional y comportan conflictos de intereses más o menos evidentes”. Y llega a definir estas relaciones como “situaciones de acoso” (OMC, 2006:12).



En cuanto al nivel político, el proceso de segmentación experimentado por el SNS como consecuencia del proceso de descentralización político-territorial dificulta realmente abordar problemas que, como el que centra este trabajo, no son solucionables a nivel local y exigen ser tratados como problemas comunes. De ahí que la renuncia histórica a un rol activo de liderazgo por parte del Ministerio de Sanidad y la inoperancia estratégica que, por motivos básicamente exógenos, exhibe el Consejo Interterritorial del SNS, se hayan convertido en la principal explicación de unas políticas tacticistas, cortoplacistas y de *laissez-faire* que simplemente aplazan abordar los problemas estratégicos del SNS en espera de hipotéticos tiempos mejores.

Para cerrar el círculo, tenemos unas tecnoestructuras directivas (el interfaz entre la dirección política y los profesionales) abusivamente politizadas<sup>42</sup> que impiden el ejercicio de cualquier tipo de liderazgo –salvo excepciones, tan loables como puntuales–, dada la deslegitimación global de la “clase directiva”. Recordemos que la legitimidad, desde Weber al menos, es el reconocimiento del derecho de los gobernantes a gobernar; y este reconocimiento se ve muy limitado cuando se percibe que el “gobernante” no gobierna en realidad, sino que “es gobernado”.

Por cierto, el documento de consenso colegial-directivo Propuesta de decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección (OMC-Sespas-Sedisa, 2005; autores: J.R. Repullo, J.M. Freire y L.A. Oteo) es una excelente propuesta, iniciativa del anterior equipo directivo de la OMC, que naturalmente tiende a caer, a efectos prácticos, en saco roto.

Es preciso reconocer que existen problemas estratégicos que afectan al conjunto del SNS y que, como hemos dicho, no tienen solución a nivel local. Las bondades de un sistema territorial tan descentralizado como el español son evidentes para la dirección y gestión de los servicios de salud y su legitimación social; de hecho, muchos países desarrollados, tradicionalmente centralistas, han desarrollado, o lo están planteando, procesos similares. Pero, sin duda, genera no sólo problemas concretos que requieren una cierta coordinación operativa interterritorial, sino también problemas macro que requieren, más que coordinación, la definición de un marco global y estratégico común y la existencia de liderazgos activos y bien concretados.

En algún país tan descentralizado como Canadá, también con una “cuestión territorial” histórica, y como consecuencia del célebre Informe Romanow (2002), el Senado ha constatado la necesidad de que ciertas (muy tasadas) competencias deberían ser “devueltas” al Gobierno federal para poder encarar problemas que afectan al conjunto de su sistema público *Medicare* (The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2004).

---

42 Véase, por ejemplo, el suplemento Salud del diario *El País* de septiembre de 2007:2-6.

#### 4.4 Relaciones laborales y el caso de la carrera profesional

Para iluminar esta tensión estructural entre estructuras descentralizadas y retos globales (no podemos dejar de mencionar el eslogan “pensar globalmente; actuar localmente”) y a modo de análisis de caso, analizaremos el actual proceso de negociación de la carrera profesional.

Todos los servicios de salud se enfrentan impotentes a problemas similares, algunos de los cuales están teniendo consecuencias serias en el ámbito de las relaciones laborales; es posible que algunos de ellos hayan alcanzado acuerdos puntuales que permitirían aventurar una cierta estabilidad laboral, pero:

- En primer lugar, siendo la estabilidad en las relaciones laborales un bien muy preciado, no deja de ser un logro efímero, ya que las corrientes de fondo siguen existiendo, dada la “cultura de bombero” característica de nuestras estructuras políticas sanitarias, más dadas a tratar de apagar fuegos que a intentar prevenirlos con políticas y acuerdos a largo plazo. Si a ello le añadimos la cultura del agravio (siempre y en todo tipo de aspectos –salarios totales y componentes retributivos, jornada laboral y guardias, sistemas y compensaciones de carrera profesional, plantillas y refuerzos...– habrá una comunidad autónoma mejor que la propia), se alimenta una dinámica de igualación parcelada y siempre al alza: mantener aquello en lo que estoy mejor y reivindicar agraviadamente aquello en lo que estoy peor.
- En segundo lugar, porque no hay más que revisar la prensa diaria para percibir cómo esa “marea de fondo” amenaza con convertirse en unos meses –tal vez cuando este informe vea la luz– en una ola de conflictividad en la gran mayoría de los servicios autonómicos de salud, si es que no trascendiéndolos y logrando por fin una unidad supra-autonómica que significaría que la profesión médica sí ha entendido esta necesidad de plantear reivindicaciones globales frente a una “patronal” dividida.
- Y, en tercer lugar, porque esta dinámica sólo puede empeorar debido a un serio problema al que nos enfrentamos ya y que sólo puede agravarse a corto y medio plazo: el desajuste del mercado laboral profesional, consecuencia del desequilibrio entre oferta y demanda de profesionales sanitarios, especialmente médicos. No existe duda de que los servicios de salud, más unos que otros, tendrán que hacer frente a una cierta escasez de médicos, y ello incentiva que cada cual trate de solucionar su problema a corto plazo estableciendo condiciones de reclutamiento y retención más favorables que las de los demás. De nuevo, una espiral inflacionista. Si a ello añadimos un sistema crecientemente más flexible, con todo tipo de personalidades y posibilidades jurídicas, donde la contratación “de mercado” de plantillas ofrece un abanico más amplio de posibilidades, seguramente asistiremos a una competencia abierta entre servicios de salud –y puede que incluso dentro de ellos– para hacerse con los escasos recursos humanos dis-

ponibles. A ello añadimos el impacto que inevitablemente tendrá la incorporación de médicos extranjeros procedentes de culturas y sistemas educativos muy diferentes<sup>43</sup>.

El conflictivo y disperso proceso de negociación de la denominada carrera profesional, aún inacabado pero cerrándose, constituye a nuestro juicio uno de los mayores disparates de la política sanitaria española. Por enfoque, por interlocutor, por ámbito y por resultados. Aunque no disponemos de espacio para desarrollar este tema como por su enjundia merecería, simplemente diremos que a nuestro juicio se ha perdido la ocasión de tratar un aspecto esencial del desarrollo profesional, reduciéndolo en muchos casos a un conjunto descoordinado de meras negociaciones retributivas. Y que, aunque la negociación laboral con los sindicatos es justa y necesaria, si esta se hubiera basado en las conclusiones consensuadas de un grupo de expertos (no sólo sanitarios, también de expertos en recursos humanos o en sociología organizacional, por ejemplo) no sólo estaría resultando más fácil, sino que sin duda tendría una mayor potencialidad para conciliar las expectativas sindicales con las necesidades del sistema.

La carrera profesional debería plantearse como un estímulo significativo en la búsqueda de la excelencia profesional y no como un simple componente retributivo (Moliner Prada e Iglesias Clemente, 2005). Pero es que, incluso como ese mero componente retributivo en que parece estarse quedando, se ha perdido la ocasión una vez más de caminar en una dirección correcta: si los resultados relevantes de los servicios de salud se obtienen –y pueden evaluarse y cuantificarse– colectivamente, básicamente como consecuencia del trabajo en equipo, los sistemas retributivos deben encaminarse a recompensar a los equipos y permitir que sean éstos quienes, con las menores interferencias externas, se autorregulen para obtener las recompensas extrínsecas e intrínsecas que se deriven de su nivel de competencia y logro.

Como dice Lawler (1990:5), “las prácticas retributivas son buenas sólo tanto como el impacto que tengan en la efectividad de la organización”. Y nos tememos que, como otras experiencias encajadas a martillazos en un modelo retributivo construido a base de injertos sucesivos sobre un tronco seco, la efectividad del sistema va a ignorar por completo a este (pen)último injerto. Otros expertos (Armstrong, 1993; Pontes, 1995) también cuestionan la eficacia de estos incentivos individuales basados en el mérito y no en las conductas (*skill-based pay*) en las organizaciones sanitarias.

Acabaremos el tema diciendo que la existencia de 18 sistemas de carrera profesional es sencillamente un disparate, no sólo por la razón evidente de que los médicos se mueven a lo largo y ancho del SNS, sino sobre todo porque se ha perdido la oportunidad de adoptar una definición conceptual y una valoración operativa y bien construida de los componentes de un adecuado desarrollo profesional, construido a partir de los valores de

---

43 El Ministerio de Educación homologó, sólo en 2006, 4.312 títulos de médicos extranjeros.

profesionalidad y no únicamente de la mera formación continuada (en el mejor de los casos).

Una vez más de manera reactiva (cuando el problema ya existe y se encienden las alarmas ante lo que la propia irresponsabilidad ha generado), se plantea ahora homologar algo que debió ser planificado en origen. El Estatuto Marco, aprobado en 2003 y con carácter de normativa básica para el personal estatutario, establecía (artículo 40.3) que la Comisión de Recursos Humanos del SNS (CRHSNS) determinaría los principios y criterios generales de homologación de la carrera profesional. Entonces, sólo tres CC AA habían aprobado sus sistemas de carrera.

Tres años después, y una vez que ya existen 15 modelos autonómicos diferentes de carrera, estando el resto en negociaciones (hay incluso tres centros hospitalarios con sistema propio), la CRHSNS llega a un acuerdo<sup>44</sup> “por el que se fijan los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud”. ¿No hubiera sido más razonable ponerse de acuerdo antes, aunque sólo fuera sobre estos mínimos, realmente mínimos?

---

44 Resolución de 29 de enero de 2007, BOE de 27 de febrero.

## 5. Una propuesta de organización corporativa de la profesión médica

### 5.1 Resumen de antecedentes

Desde nuestro punto de vista, los aspectos esenciales del debate sobre la organización corporativa de la profesión médica deben ser planteados a partir de las siguientes premisas, la mayor parte de ellas ya argumentadas y/o documentadas:

- El valor social de la actual organización corporativa colegial de la profesión médica es prácticamente nulo; como hemos dicho ya, “tiende a cero”. Ello es debido a dos razones: a) en primer lugar, y a diferencia de otras organizaciones colegiales, apenas existen competencias delegadas por las administraciones públicas que tengan la más mínima repercusión directa sobre ciudadanos y empresas (ajenas al sector), lo cual las convierte en socialmente irrelevantes; b) en segundo lugar, el entramado colegial, compuesto por 52 colegios oficiales de médicos, constituye una burocracia profesional hipertrofiada, una especie de “mandarinazgo” que suele ser muy conservador y a menudo con intereses directos en el sector, despreocupado por lo general de las inquietudes sociales con respecto a la sanidad y fundamentalmente atento –también por lo general; siempre existen excepciones– a su propia reproducción endogámica, a las luchas de poder o a la captación de recursos y poder local.
- La presencia pública de la OMC es también prácticamente nula como orientadora de las relaciones entre ciudadanos y profesión; cuando las cosas van mal (mala práctica profesional, como en el “caso Maeso” y otros que se producen prácticamente a diario; polémicas sociales-sanitarias, como en el “caso Severo Ochoa”, por ejemplo), su política es la del avestruz, esconder la cabeza en lugar de aparecer públicamente opinando con autoridad intelectual y moral y proponiendo soluciones a los problemas que inquietan a los ciudadanos en la vía de intentar atajarlos en el futuro.
- En cuanto a su valor profesional, se ha demostrado la profunda desafección de los médicos con respecto a la estructura colegial. No sólo por las ya recogidas opiniones expresadas por los propios profesionales (OMC, 2005) y reconocidas por la propia Organización (OMC, 2006), sino también por la escasa base participativa en las elecciones colegiales; con pocas excepciones, como Lugo (77%) o Pontevedra (55%), en los últimos procesos

electorales se han producido participaciones muy bajas: Valencia (34%); Zaragoza y Melilla (30%); Tarragona (27%); Barcelona (23%); A Coruña (22%), Madrid (17%); Albacete (12%).

- A pesar de los Estatutos Generales de la OMC, que establecen algunas incompatibilidades y supuestamente resultarían de obligatorio seguimiento por parte de los COM provinciales, las relaciones de numerosos presidentes provinciales con las entidades de seguro libre, con los sindicatos médicos, y, especialmente, con las aseguradoras de responsabilidad civil, AMA y PSN (además, en ocasiones, de algún partido político), son más que habituales, lo cual compromete seriamente la independencia –real y/o percibida– de la OMC. De hecho, la Asamblea de la OMC del 25 de noviembre de 2007 ha rechazado el informe de la Comisión Central de Deontología que proponía la extensión de las incompatibilidades recogidas en los estatutos generales a los directivos de todos los COM provinciales.
- El ejercicio, por parte de la OMC, de las competencias deontológicas y disciplinarias asumidas estatutaria y reglamentariamente, un soporte básico de la seguridad del sistema sanitario, brilla por su ausencia o, en todo caso, además de celosamente oculto, está muy mal publicitado.
- Las prerrogativas de que disfruta la OMC tienen, pues, difícil justificación en su utilidad social o profesional, lo que hace realmente muy arduo argumentar en términos prácticos el sentido de la colegiación obligatoria de todos los médicos. Diríase que su único fin lógico es mantener la extensa y compleja estructura burocrática actual que precisa de nutrientes financieros, ya que la OMC parece, pese a algunos avances ciertamente realizados, incapaz de aportar como contrapartida para tan notable privilegio un valor real como instrumento de capacitación, desarrollo, evaluación y control profesional.
- En definitiva, la OMC no ha interiorizado, ni parece que vaya a hacerlo, la responsabilidad social corporativa como un elemento básico de su razón de ser, especialmente teniendo en cuenta los privilegios concedidos; tampoco exhibe el mínimo de transparencia exigible frente a la sociedad, ya que no rinde cuentas ante ninguna instancia política pese a su carácter de entidad pública que le reconoce la CE y su carácter de Administración pública que le ha otorgado el TC.
- Más sangrante resulta aún el caso de los médicos que son empleados de los servicios sanitarios públicos. De su parte, no sólo están obligados a permanecer colegiados y abonar sus cuotas a cambio de casi nada, sino que, por la parte que corresponde a las administraciones públicas, en caso de errores médicos son ellas quienes resultan responsables civiles subsidiarias, a pesar de la teórica delegación de competencias de control y disciplinarias.
- Desde la llegada de la democracia, los sucesivos gobiernos nacionales y autonómicos han mostrado un notable desinterés en la organización corporativa médica: se trata de una

organización parapública que “no hace ruido”, es invisible para los ciudadanos y a veces hasta viene bien para poder mirar hacia otro lado, fingiendo que las organizaciones colegiales poseen competencias que realmente no ejercen y que deberían asumir su propia responsabilidad. Esto, en realidad, es una insensatez, ya que en España sería necesaria una organización profesional médica capaz de ser exigida y también capaz de exigir; con una representatividad real de la que hoy carece, pero con un carácter nacional para enfrentar algunos problemas globales que, en el caso de la medicina como en pocos otros, carece de sentido (y sobre todo de eficacia) tratar de abordar localmente.

- Desde esta perspectiva de análisis social, crítica sin duda, pero que hemos procurado que sea lo más objetiva e imparcial posible, resulta inevitable concluir que la desaparición de la OMC y su sustitución por un entramado administrativo-agencial-profesional que recogiera y ampliara sus competencias de manera mucho más eficiente y eficaz, sólo supondría una amenaza para quienes componen su complejo y extenso entramado directivo, así como para quienes eventualmente pudieran estar obteniendo algún tipo de influencia o beneficio a través de ella.
- Sucede, sin embargo, que la sociedad precisa de una profesión médica confiable, cohesionada, vertebrada y bien liderada que, a la par que defiende sus legítimos intereses, garantice con independencia cooperativa –como institución; no sólo individualmente– los valores profesionales (el “profesionalismo”) imprescindibles en una institución social tan importante para la vida, salud y dignidad de los ciudadanos y de la sociedad en su conjunto.

Nos encontramos, pues, a la hora de reflexionar sobre las alternativas deseables y posibles, con dos enfoques básicos: “rupturista” y “reformista”. Desechamos de raíz el tercer enfoque posible, el “continuista”; probablemente el más cómodo, pero que, de cara a un futuro por adivinar aunque sin duda más complicado de gestionar que el presente, supondría los mayores riesgos para la profesión y para la propia sociedad.

Por ser claros y honestos, no ocultamos que desde una perspectiva puramente “técnica” (ya que existen formas mucho más eficientes, eficaces y garantistas de desempeñar las competencias y funciones que hoy, al menos en teoría, se reconocen al actual modelo de organización corporativa), nos inclinaríamos por la alternativa rupturista: cambio del estatuto de los colegios médicos, que pasarían de ser asociaciones voluntarias de defensa profesional y cuyas competencias administrativas serían devueltas a las administraciones públicas.

Pero una alternativa rupturista, en la sociedad española actual, presentaría sin duda dificultades de tipo jurídico y político imposibles de salvar. Significaría necesariamente la apertura de un proceso conflictivo, especialmente en dos frentes: a) el propiamente profesional, es decir, la resistencia de la mayor parte de la organización corporativa actual y, por qué negarlo, también de un sector más o menos importante del colectivo médico, que entendería las reformas como una intrusión política en sus estructuras profesionales; b) el territorial,

dado el confuso reparto competencial entre los poderes central y autonómicos, con una muy difícil articulación de las necesarias reformas legislativas, en un proceso que sin duda colearía política y judicialmente durante años e incluso amenazaría con desvertebrar aún más el SNS, con modelos colegiales “a la carta”.

Y tampoco podría descartarse un “efecto de contagio” en otras profesiones que pudieran no entender que las profundas reformas por acometer en la OMC responden exclusivamente a los problemas y necesidades de la profesión médica y el sistema sanitario y no tendrían por qué afectar a las restantes profesiones, las cuales deberían, en su caso, acometer sus propios procesos de reflexión y debate. Las firmes posiciones en defensa del modelo colegial obligatorio para las profesiones tituladas que sostiene la Unión Profesional<sup>45</sup> (organismo que reúne a una amplia mayoría de organizaciones profesionales colegiales tituladas, entre ellas la OMC) permitirían adelantar la más que posible existencia de tal efecto de contagio.

Diremos, finalmente, que en el yermo panorama profesional, por lo que se refiere a la escasez de centros de pensamiento y de otras organizaciones médicas con una mínima potencialidad de liderazgo, resultaría insensato plantear a corto plazo suprimir la única organización nacional representativa sin que previamente se hayan desarrollado alternativas organizacionales: aunque sus limitaciones son evidentes, no parece razonable proponer la supresión del único interlocutor existente. Deberá trabajarse, pues, con dos horizontes: a corto-medio plazo sugiriendo aquellas reformas organizativas del modelo actual que sean factibles y necesarias; y a largo plazo generando y estimulando iniciativas organizativas robustas que despierten a la profesión médica española de su melancólico letargo. Nos centraremos, por tanto, exclusivamente en las alternativas a corto y medio plazo.

En un análisis comparativo de los procesos de cambio en el modelo de gobierno corporativo del sistema sanitario en cinco países europeos, Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Italia y Alemania, Dubois *et al.* (2006:188) concluyen que “a pesar del fracaso de la autorregulación para garantizar la protección del interés público, ninguna de las reformas ha tratado de reemplazarla por completo a través de formas regulatorias alternativas. El objetivo de las reformas, por el contrario, ha sido consolidar, complementar o renovar los mecanismos profesionales y burocráticos existentes. A pesar de la poderosa retórica a favor de la desregulación, la realidad, con mayor frecuencia, ha resultado en una expansión del sistema regulatorio mediante la adopción de nuevos instrumentos, el desarrollo de nuevos canales de control y la creación de nuevas agencias regulatorias, más que en una supresión de la autoridad regulatoria profesional”.

---

45 Véase, por ejemplo, el opúsculo de De Miguel A. (2004:53), en el que llega a comparar –aunque sea retóricamente– la exención de la colegiación obligatoria a los médicos empleados públicos con la exención, asimismo, de la posesión de la titulación de médico: “Una vez dado ese paso [exención de la obligatoriedad de colegiación], ¿cómo no eximir también de la obligatoriedad del título académico correspondiente? ¿No es también esa obligación un ‘privilegio corporativo’?”.



Siguiendo la experiencia internacional y también la lógica política, nuestra propuesta a corto-medio plazo persigue el fortalecimiento de la legitimación profesional de la OMC, lo cual exige la adopción de medidas incluso radicales de reforma organizativa, de democratización y transparencia del funcionamiento colegial, del modelo de relaciones entre los agentes políticos, sociales y profesionales y de la intervención de los poderes públicos para reforzar las principales debilidades del entramado corporativo médico.

## 5.2 Reformas a corto y medio plazo

Estas reformas, que propondremos a continuación, se centran en seis aspectos básicos:

- “Adelgazamiento” organizativo de la OMC y adecuación estructural al Estado de las autonomías.
- Democratización interna de las estructuras directivas colegiales.
- Reformulación de la colegiación obligatoria.
- Apertura a la sociedad de las estructuras directivas colegiales.
- Redefinición de las competencias delegadas.
- Coordinación interna y liderazgo del entramado asociativo médico.

¿Cómo orientar en la práctica las reformas? Ya hemos constatado que la jurisprudencia constitucional proporciona un amplio margen de libertad legislativa, por lo cual el problema se sitúa en el nivel político. Si bien, en primer lugar, no son posibles cambios organizativos sin cambios en el marco legal, por otro lado, cualquier reforma va a requerir, sin duda, un alto nivel de consenso vertical, Gobierno y médicos, y horizontal, administración central y administraciones autonómicas, algo que parece ir contra el “espíritu de los tiempos”.

Para abordar cualquier reforma en el marco organizativo y competencial es imprescindible una reforma específica de la legislación que se centre exclusivamente en los colegios médicos. No se pretende ninguna generalización al conjunto de las instituciones colegiales. Aunque, como hemos visto, existe una (muy acotada) legislación básica del Estado en el texto refundido de la Ley 2/1974, resultará difícil encajar en ella la heterogénea legislación autonómica, con dieciséis leyes autonómicas de colegios profesionales enmarcadas con frecuencia en sus propios estatutos de autonomía; y, además, resultaría políticamente difícil, siquiera por su apariencia de “devolución” de competencias autonómicas al Estado en un contexto poco propicio a este tipo de reaperturas de discusiones competenciales, especialmente en sentido centralizador. De ahí que resulte imprescindible que, preferiblemente

en el marco del CISNS, empiecen a desarrollarse bases para un consenso político, siquiera de mínimos.

Otra alternativa (necesariamente complementaria) sería un cambio en los estatutos de la OMC que comenzara a concentrar poderes y funciones en los consejos autonómicos, en la vía que más adelante señalaremos, además de incluir, en su caso, algunas de las restantes reformas que proponemos, y todo ello en un contexto de alta incertidumbre jurídica acerca de su carácter de “legislación básica colegial” que obligara a los COM provinciales. Sin embargo, aunque su aprobación corresponde a los gobiernos, la iniciativa de reforma de estos estatutos, excepto en el caso de que se realizaran reformas legislativas previas, corresponde a la propia OMC. Y ello además requeriría una aprobación en asamblea, donde los 52 colegios provinciales (cuya desaparición se propone) tienen la capacidad decisoria definitiva. En este complicado marco político, ¿qué utilidad podemos conceder a este documento? Sin duda, aspira a abrir un amplio y serio debate entre todas las partes implicadas, imprescindible para que no siga negándose la evidencia de que existen problemas con el marco corporativo actual y de que algunas reformas son necesarias. Si el diagnóstico realizado a lo largo del documento es validado, con los matices que se quiera, por todos los actores y si este les resulta tan preocupante como a nosotros, será factible. Si, por el contrario, no se valida el diagnóstico o simplemente resulta más sencillo, confortable o lucrativo limitarse a seguir como hasta ahora, muchos ciudadanos y una amplia mayoría de profesionales seguirán mirando con temor su futuro.

Diremos, finalmente, dos cosas: la primera, que las conclusiones se derivan de un específico marco conceptual y de análisis; otras perspectivas o enfoques alcanzarían conclusiones diferentes, tan legítimas al menos como estas. Y la segunda, que se trata necesariamente de propuestas “en bruto”, sin excesivo nivel de detalle, dado que cualquier aportación individual difícilmente podrá alcanzar el imprescindible nivel de conocimiento de detalle y de captura de los innumerables matices que caracterizan a este tipo de estructuras complejas. Estas son las propuestas:

#### **A) “Adelgazamiento” organizativo de la OMC y adecuación estructural al Estado de las autonomías**

La existencia de 52 organizaciones colegiales independientes, con personalidad jurídica y estructuras y recursos propios, a pesar de las medidas *light* de coordinación a través de los consejos autonómicos, no tiene hoy en día la más mínima justificación técnica.

- Por un lado, se trata de una estructura que fragmenta a la profesión de manera artificial, ya que los procesos de negociación relevantes sobre los problemas de los médicos se articulan a nivel estatal y autonómico, nunca provincialmente.
- Por otro lado, esta fragmentación fomenta estructuras que están demasiado en contacto con los intereses privados locales, dando lugar a conflictos de intereses reales y potenciales.

- En tercer lugar, el mantenimiento de esta estructura hipertrofiada resulta muy costoso, lo que absorbe recursos financieros que estarían mejor dirigidos a otras finalidades más relacionadas con el desarrollo profesional y los servicios al colegiado.
- Y, en cuarto lugar, tampoco se justifica excesivamente por un acercamiento al colegiado, ya que la utilización de servicios suele limitarse a la utilización de locales para reuniones o actividades formativas, así como para el cumplimiento de necesidades burocráticas.

Nuestra propuesta sería la desaparición legal de los colegios provinciales y la asunción de todas sus competencias y subrogación de todos sus recursos por parte de los colegios oficiales autonómicos de médicos, que serían creados para sustituirlos. Es algo que ya prevén varias leyes de colegios autonómicos, como creación por integración. Estos colegios autonómicos, en las CC AA pluriprovinciales, dispondrían de una delegación provincial, al frente de la cual estaría el correspondiente delegado provincial, con firma delegada en asuntos burocráticos y responsable de la coordinación en la utilización de los recursos existentes a nivel local.

Ello supondría la reducción en casi dos tercios de los cargos colegiales unipersonales, así como un alejamiento de los intereses locales y, especialmente, la concentración exclusiva en los colegios autonómicos de la capacidad de interlocución con los correspondientes órganos políticos y gestores de los servicios de salud. También pondría fin a la no infrecuente conflictividad entre colegios provinciales y consejos autonómicos.

Cada colegio autonómico dispondría de una comisión ejecutiva, con los cargos unipersonales electos, cuya estructura se decidiría en su momento por la OMC, pero que –salvo excepciones muy justificadas que respondan a especificidades sociales relevantes– sería la misma en todos ellos.

Por lo que respecta al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, su estructura se adaptaría a este cambio, es decir, que su asamblea general estaría compuesta por los presidentes de los colegios autonómicos (actualmente, éstos participan en el Pleno del Consejo General, que tiene carácter únicamente consultivo y asesor). Como órgano consultivo, podrían continuar articulándose las correspondientes asambleas de vocales sectoriales autonómicos, bajo la coordinación de los vocales nacionales, así como cualquier otra iniciativa que contribuya a una mayor participación y dinamización de la vida interna de la OMC.

Finalmente, la OMC se articularía, prácticamente como hasta ahora, en una comisión ejecutiva (actualmente se denomina comisión permanente) y en la asamblea general.

## **B) Democratización interna de las estructuras directivas colegiales**

Los órganos de gobierno de los colegios autonómicos serían elegidos por sufragio universal de todos los médicos inscritos de la comunidad autónoma, votando listas cerradas que con-

tengan tantos candidatos como cargos unipersonales, con su correspondiente adscripción candidato-cargo propuesto. Aunque más adelante lo analizaremos, el derecho de sufragio activo y pasivo correspondería no sólo a los médicos colegiados, sino a todos los inscritos.

La opción por las listas cerradas trata de dotar de congruencia y estabilidad a los órganos de gobierno, tratando de no introducir en su seno disputas partidistas y fomentando la toma de decisiones consensuadas.

En la presentación de candidaturas debería resultar de aplicación el artículo 14.4 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres<sup>46</sup>, dado el carácter reconocido de Administración pública que poseen los colegios profesionales, es decir, que ninguno de los dos sexos debería copar más del 60% de los puestos en las candidaturas, en la vía de corregir la actual situación de clara subrepresentación de las médicas en los órganos colegiales, especialmente en sus presidencias (dos mujeres de 52 colegios).

Pensamos que puede resultar una buena idea, en la vía de dotarla de mayor representatividad y fortaleza política, que la comisión ejecutiva de la OMC fuera elegida mediante sufragio universal de todos los médicos inscritos de España y no por votación ponderada de los presidentes autonómicos (provinciales, en este momento). Ello anularía los politiqueros internos existentes y la formación de coaliciones informales ideológicamente afines, y con intereses comunes, para hacerse con la dirección de la OMC, como viene siendo la norma.

### **C) Reformulación de la colegiación obligatoria**

Hemos argumentado en varias ocasiones la irracionalidad de la colegiación obligatoria de los médicos que prestan sus servicios exclusivamente como empleados de los servicios públicos de salud. Nos encontramos, así, con dos necesidades contradictorias: por un lado, acabar con esta situación irracional y, por otro, el fortalecimiento de una organización profesional representativa y cohesionada.

Nuestra pragmática propuesta consiste en desligar los actos administrativos de registro/ licencia y colegiación. Todos los médicos en ejercicio estarían obligados a inscribirse y permanecer inscritos en su correspondiente colegio autonómico mientras ejerzan la medicina. Además, todos los médicos con ejercicio libre (exclusivo o compatibilizado con el ejercicio público) y a través de sociedades profesionales<sup>47</sup> estarían obligados además a colegiarse, con los deberes y derechos que ello conlleva. Los médicos que trabajen en puestos técnico-administrativos que excluyan la asistencia directa a pacientes (u otros empleados) podrían optar voluntariamente por registrarse y colegiarse o no hacerlo.

---

46 Artículo 14: A los fines de esta Ley, serán criterios generales de actuación de los poderes públicos: 4. La participación equilibrada de mujeres y hombres en las candidaturas electorales y en la toma de decisiones.

47 En el sentido y con las modalidades descritas en la Ley 2/2007, de sociedades profesionales.

Los médicos que ejerzan la medicina como asalariados, sea de administraciones públicas o de empresas sanitarias privadas, estarían obligados a mantener inscrita su licencia, pero no la colegiación, la cual sería optativa.

Al margen de que pudiera contemplarse, como en muchos otros países<sup>48</sup>, una tasa razonable por inscripción, o incluso periódica de mantenimiento, en el registro, el impacto económico de las pérdidas de colegiados que se produjeran sería asumido por los correspondientes servicios autonómicos de salud, si bien las dotaciones presupuestarias estarían ligadas a unos contratos-programa orientados preferentemente a la formación continuada de los médicos; al desarrollo de foros profesionales e investigaciones sobre el futuro de la profesión; al desarrollo de las competencias que permanezcan delegadas a los colegios y otros servicios de beneficio general, como el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo, PAIME; a actuaciones con repercusión pública sobre la salud pública y la información sanitaria de los ciudadanos (tipo “semana del corazón” que organiza la Sociedad Española de Cardiología, por poner sólo un ejemplo con amplio impacto mediático); etc.

Finalmente, hay que destacar que los procesos electorales a los órganos de gobierno de todos los colegios y de la comisión ejecutiva de la OMC estarían abiertos, en cuanto a sufragio activo y pasivo, a todos los médicos inscritos en los registros colegiales, no exclusivamente a los colegiados.

#### **D) Apertura a la sociedad de las estructuras directivas colegiales**

Los colegios autonómicos de médicos crearían un Consejo de Participación Social en el que estarían representados diferentes agentes sociales; por ejemplo, administraciones públicas; asociaciones de pacientes y grupos de mutua ayuda del ámbito sanitario acreditados; otras asociaciones de intereses profesionales o sociales en el ámbito de la sanidad (como las asociaciones de defensa de la sanidad pública, de directivos sanitarios, fundaciones o *think tanks*...); sindicatos y asociaciones empresariales; otros profesionales sanitarios, especialmente enfermeras y farmacéuticos, etc.

Estos consejos, que se reunirían ordinariamente al menos una vez al año y extraordinariamente cuando fuera preciso, informarían preceptivamente los programas anuales de actuación y presupuestarios de los colegios, así como cualquier modificación estatutaria y reglamentaria o decisión que tenga clara repercusión social, excluyendo aquellas con impacto únicamente interno (por ejemplo, el importe de las cuotas colegiales o el régimen de funcionamiento de grupos de trabajo profesionales). Asimismo, conocerían, con derecho a solicitar aclaraciones, las cuentas de ingresos y gastos y las memorias anuales, especialmente en los aspectos deontológicos y disciplinarios y de conflictos de intereses.

---

48 Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Irlanda, Noruega...

En cuanto a la OMC, debería incorporar a su asamblea general una representación, con voz y con voto, es decir, de pleno derecho, de miembros extracolegiales o *lay members*: por ejemplo, expertos no médicos nombrados por el Consejo Interterritorial de Salud y el Ministerio de Educación y Ciencia; asociaciones de pacientes; patronal sanitaria privada; entidades de seguro libre; otras profesiones, etc. Esta representación extracolegial no debería ser inferior, en una primera fase, a un tercio del total de miembros de la asamblea general.

### **E) Redefinición de las competencias delegadas**

En este apartado nos referimos únicamente a aquellas competencias que, correspondiendo a las administraciones públicas, son delegadas a los colegios; naturalmente, existe un amplio abanico de otras funciones de representación y negociación, asesoramiento o informe, participación en comités u órganos decisorios, etc., que no son en realidad competencias delegadas y que dependen, por lo general, de reglamentaciones o convenios específicos.

Las competencias delegadas a la organización colegial por las administraciones públicas deberían limitarse a:

- Registro de médicos, compartido, como establece la LOPS, con las administraciones públicas. Este registro no debería contener únicamente el nombre, la edad y la titulación de los colegiados, sino otros datos esenciales: actividad/inactividad, tipo y localización del centro de trabajo en su caso, ejercicio privado, especialidad, sanciones disciplinarias, etc., lo cual exigiría algún tipo de desarrollo normativo (administrativo o colegial) que obligara al profesional registrado a mantener al día este tipo de información, cuyo tratamiento sería totalmente respetuoso con la Ley Orgánica de Protección de Datos. El registro supone el único requisito para conceder la licencia para el ejercicio profesional, excepto en caso de sanción disciplinaria o inhabilitación judicial. Y será automático, es decir, que no podrá ser denegado salvo en estos casos tasados.
- Registro y control de potenciales conflictos de intereses. Los médicos que, por el motivo que sea, se encuentren en una situación potencial de conflicto de intereses, deberían estar obligados a comunicarlo previamente a su colegio profesional, indicando claramente las situaciones que los producen. Ello se refiere a aspectos como trabajos retribuidos para terceros (ensayos clínicos, actividades formativas, publicaciones en papel o digitales, pertenencia a órganos directivos de empresas y fundaciones privadas del sector...); participación como expertos en medios de comunicación, especialmente en televisión; obsequios “desinteresados” de laboratorios y otras empresas; objeción de conciencia como conflicto de intereses evidente entre médico y paciente; compatibilidad del ejercicio público y privado, especialmente siendo el privado en centros concertados por el sistema sanitario público; tratamiento de un mismo paciente en consultas/centros públicos y privados... Existirán, sin duda, otras situaciones potencialmente conflictivas que las organizaciones colegiales conocen mejor que nosotros. Los colegios autorizarían por “silencio administrativo” (o las desautorizarían razonadamente) estas situaciones, siguiendo las

normativas detalladas que desarrollaran para ello, y establecerían los adecuados mecanismos de control. Naturalmente, no nos referimos (sólo) a situaciones ilegales o deshonestas, sino a la necesidad de que la profesión regule y supervise, en beneficio de los propios profesionales y de la ética médica como valor que preservar, las áreas potenciales de conflicto, especialmente en el interfaz público-privado de la medicina<sup>49</sup>.

- Acreditación de actividades formativas y centros para su valoración en aquellos ámbitos y aspectos que establece la LOPS (artículo 35): subvención pública y carrera profesional. Actualmente, esta acreditación se lleva a cabo básicamente dentro del Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC), conformado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina. Sin embargo, la LOPS, en su artículo 35.1, atribuye esta competencia a las administraciones sanitarias central y autonómicas, las cuales (artículo 35.4) podrán delegarlas “en otras corporaciones o instituciones de derecho público”, cualidad jurídica esta última que sólo posee, dentro de SEAFORMEC, el CGCOM, por lo cual, desde un punto de vista jurídico, debería asumir la competencia legal de acreditación por delegación. Ello, por supuesto, no significa que el funcionamiento participativo del sistema de acreditación no continúe siendo, en su ámbito deliberativo, el actualmente existente, si bien deberían incorporarse también las administraciones públicas. Téngase en cuenta que el SEAFORMEC tiene actualmente carácter voluntario, pero que la LOPS establece, como ya hemos dicho, que la acreditación tiene carácter obligatorio para tener efecto en los expedientes profesionales y para poder recibir financiación de fondos públicos.
- Aplicación del régimen disciplinario exclusivamente a sus colegiados y elaboración de un código deontológico único que resultaría de aplicación, dentro del régimen disciplinario ordinario, en el caso de infracciones de este tipo; en estos casos –expediente disciplinario por incumplimiento de normas deontológicas, no administrativas o profesionales–, el correspondiente colegio autonómico debería formar parte, en calidad de perito, de la comisión instructora del expediente disciplinario. La distinción entre infracción común e infracción deontológica es muy importante; de hecho, más de la mitad de las faltas graves y muy graves que actualmente contemplan los regímenes disciplinarios colegiales recogen supuestos, ya no de faltas administrativas, sino de delitos recogidos en el Código Penal, como el intrusismo profesional, el daño doloso a los pacientes, la vulneración del secreto profesional...

---

49 Esta propuesta está inspirada en La gestión de los conflictos de intereses en el Servicio Público, de la OCDE (2004) y en sus recomendaciones. A la pregunta “¿qué actividades y situaciones son identificadas como susceptibles de crear una situación de conflicto de intereses para los funcionarios?”, las dos actividades que cosechan un valor más alto son “regalos, beneficios y hospitalidad” y “actividades y puestos externos”.

- Reconocimiento de la representación exclusiva de la profesión en los órganos formales de participación y negociación político-sanitaria, tanto a nivel estatal como autonómico. Naturalmente, además de dejar al margen los marcos de negociación sindical, ello no excluiría la participación de otras asociaciones en aspectos relacionados con su propio ámbito de actuación, como las sociedades científicas. La necesidad de contar con un interlocutor único de la profesión y de su participación, como tal, en los órganos conjuntos con la administración que ha creado el marco legislativo (LOPS y la Ley de Cohesión del Sistema Sanitario), sólo puede establecerse en un marco de lealtad y cooperación. Y ello, en realidad, requiere una organización colegial renovada, más democrática, transparente y abierta a la sociedad que ayude a desbloquear la puesta en marcha de tales organismos y/o de aquellos otros que se decidan en cada momento; la situación actual, caracterizada por la mutua desconfianza y el tacticismo, exige un paso adelante de ambas partes.

#### **F) Coordinación interna y liderazgo del entramado asociativo médico**

Naturalmente, no se trata tanto de una competencia delegada, pero sí de un compromiso político explícito en el mismo marco cooperativo y leal del apartado anterior.

Un aspecto legal que podría ser concretado sería un sistema de acreditación de sociedades científicas que termine con el actual sistema de “barra libre”; este sistema de acreditación podría ser delegado en la OMC, en competencia compartida (propuesta-aprobación), en su caso, con el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. En el actual marco normativo, cuya reforma ya hemos aconsejado antes, no se excluye la creación de tantas sociedades profesionales como sus promotores deseen, en uso de su derecho asociativo, pero sí de un sistema de acreditación exigente que discrimine entre los “brazos armados” de los intereses comerciales y las asociaciones que persigan únicamente el desarrollo profesional y el bienestar social; un “marchamo” de calidad discriminador que dé acceso a la participación en los órganos colegiales y administrativos o agenciales donde proceda.

En cualquier caso, la OMC debería liderar un proceso de convergencia entre las diferentes estructuras asociativas profesionales médicas. Ello podría llevarse a cabo, por ejemplo, pero no sólo, mediante la creación de un Foro de la Profesión Médica<sup>50</sup> que fuera capaz de articular un proceso de reflexión e investigación permanente sobre el futuro de la profesión y sobre sus necesidades e intereses.

En este Foro participarían, junto con la propia OMC, las sociedades científicas y otras asociaciones de base profesional (no siempre exclusivamente médica, aunque sí mayoritariamente; pensamos en sociedades, como por ejemplo, la SESPAS, y otras organizaciones,

---

50 Este Foro ya ha sido propuesto por la propia OMC en su “declaración sobre contrato social” de mayo de 2007.



como la FADSP, en las que la afiliación no está limitada a los médicos, aunque éstos constituyan con frecuencia su núcleo esencial).

El objetivo del Foro es doble: por un lado, incrementar la base participativa de la profesión generando sinergias intelectuales; por otro, enriquecer las posiciones que, como organización representativa de la profesión, se estarían concediendo a la OMC en los procesos de negociación sobre el futuro de la profesión.

Este órgano de debate y reflexión sería el verdadero *think tank* que la OMC (2006) reclama como necesario, reservando para la propia organización colegial el papel de *lobby* que también considera imprescindible. Y su reto esencial sería, precisamente, dotar de contenidos y desarrollos (y no sólo de filosofía y retórica) al movimiento en pro de un profesionalismo renovado que una OMC más democrática, transparente, abierta, cooperativa y legitimada podría liderar.

### **5.3 Corolario: los gobiernos deben gobernar: ¿quieren?, ¿pueden?, ¿saben?**

Es frecuente, en documentos de este tipo, que las conclusiones tengan una especial alergia a demandar de los gobiernos que hagan aquello a lo que están llamados a hacer: gobernar. Más bien, les encargan que “estimulen”, “incentiven”, “recomienden”, “apoyen”...

No es el caso de este informe. Dada la incapacidad evidente de los órganos corporativos médicos para adoptar una actitud proactiva, y no meramente reactiva y agraviada, frente a los problemas que hacen sentirse amenazados a los profesionales que representan; y dada la incapacidad de la propia profesión para autoorganizarse e incorporarse a un exigente debate político, anclados en el discurso melancólico al que nos hemos referido ya en un par de ocasiones, la tarea de los gobiernos es gobernar, reformando unas instituciones claramente obsoletas.

Pero, en primer lugar, habría que saber si los poderes públicos asumen que existe un problema con una profesión médica desmotivada e insatisfecha; no porque sea su obligación hacerlos más felices, sino porque ello amenaza la calidad y seguridad de los propios servicios de salud, por su extrema importancia como agentes centrales en la asistencia sanitaria; y si asumen que la manera en que por ley están representados y participan en las políticas de salud, hoy en día, no es la más adecuada porque forma parte del problema y no puede, por tanto, ser parte de la solución.

En segundo lugar, habría que saber si los poderes públicos tienen complejos a la hora de tomar decisiones al respecto porque temen ser demasiado “intervencionistas”. No existe, ni existirá nunca, un derecho natural que conceda a los médicos (ni a los ingenieros, notarios,

abogados, arquitectos, farmacéuticos, enfermeras...) una capacidad por encima de la ley para autogobernarse, aunque sus asociaciones corporativas tiendan a presentarlo así. Es simplemente un problema de utilidad social. Estado, profesiones y sociedad conviven en un complejo sistema de relaciones donde es difícil que los derechos reclamados de uno no colisionen con los de otro(s), pero lo cierto es que la regulación de esta siempre conflictiva relación corresponde al Estado. Y que este actúa o debería actuar en beneficio del bien público; para eso se le ha concedido la potestad de legislar: para tratar de encontrar puntos de equilibrio entre intereses no siempre fácilmente conciliables. En el pasado ha legislado y ha tomado unas decisiones y bendecido unos modelos que hoy en día ya no parecen tener demasiado sentido en una sociedad bien diferente de la de entonces.

Y, en tercer lugar, habría que saber si los diferentes poderes públicos territoriales que conforman el Estado son capaces de reconocer algunos dominios públicos en los que tratar de responder localmente a problemas globales es sencillamente ilusorio y si es factible abordar de manera conjunta, para no limitarse simplemente a abrir un nuevo ámbito de pelea política, un problema que nos y, por tanto, les, afecta a todos.

Si las respuestas a las tres preguntas no son afirmativas, no sólo en este, sino en muchos otros ámbitos sociales, estamos perdidos. Y en este, que es el que ahora y aquí abordamos, desde luego.

## Índice de Tablas y Gráficos

### Tablas

Tabla 1. Modelos de organización corporativa en Europa .....	18
Tabla 2. Características de un conjunto seleccionado de sociedades científicas médicas (Según sus webs, julio de 2007) .....	29
Tabla 3. Legislación sobre Colegios Profesionales en España, por comunidades autónomas (noviembre de 2007) .....	35

## Bibliografía

- Abad García, M.F., González Teruel, A. y Martínez Catalán, C. (2005), Características de las revistas médicas españolas. 2004, *El Profesional de la Información*, 14 (5), 380-90.
- ABIM Foundation – ACP-ASIM Foundation – EFIM (2002), Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136 (3), 243-6.
- Allsop, J. (2006a), Medical dominance in a changing world: the UK case. *Health Sociology Review*, 15 (5), 444-57.
- Allsop, J. (2006b), Regaining trust in Medicine. Professional and state strategies. *Current Sociology*, 54 (4), 621-36.
- Álvarez Arroyo, F. (2002), Régimen fiscal de los colegios profesionales, Madrid, Editoriales de Derecho Reunidas.
- Aranaz, *et al.* (2006), La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl. 1), 41-7.
- Armstrong, M. (1993), *Managing reward systems*. Buckingham, Open University Press.
- Arnold, L. y Stern, D.T. (2006), What is medical professionalism. En Stern, D.T. (2006), 15-37.
- Askham, J., y Chisholm, A. (2006), *Patient-centred medical professionalism: towards an agenda for research and action*. Oxford, Picker Institute Europe.
- Becker, G. S. (1993), Nobel Lecture: the economic way of looking at behaviour. *Journal of Political Economy*, 101 (3), 385-409.
- Bodenheimer, T., y Casalino, L. (1999a), Executives with white coats – The work and world view of managed-care medical directors: First of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 341 (25), 1945-8.
- Bodenheimer, T., y Casalino, L. (1999b), Executives with white coats – The work and world view of managed-care medical directors: Second of two parts. *The New England Journal of Medicine*, 341 (26), 2029-32.
- Burau, V., y Vrangbæk, K. (2006), *Institutions and the dynamics of governance: pathways of medical governance in Europe*. Working Paper 1/2006, Aarhus, Danish Social Science Research Council.
- Canadian Medical Association (2003), Medicine, the unhappy profession? *Canadian Medical Association Journal*, 168 (6), 751-2.

- Chief Medical Officer (2006), Good doctors, safer patients. Proposals to strengthen the system to assure and improve the performance of doctors and to protect the safety of patients. Londres, Department of Health.
- Coburn, D. (2006), Medical dominance then and now: critical reflections. *Health Sociology Review*, 15 (5), 432-43.
- Courpasson, D. (2000), Managerial strategies of domination. Power in soft bureaucracies. *Organizations Studies*, 21 (1), 141-61.
- Cox, J., *et al.* (2006), Understanding doctor's performance. Oxford, Radcliffe Publishing.
- Cruess, R. L., y Cruess, S. R. (2006), El credencialismo como garantía de calidad en el contexto social. Relaciones con el profesionalismo médico. Monografías Humanitas nº 7, 33-45 (<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo4.pdf>, accedido el 9 de abril de 2007).
- De Miguel, A. (2004), Aportación de los colegios profesionales a la sociedad. Unión Profesional, <http://www.unionprofesional.com/UserFiles/File/libros/AmandodeMiguel2.pdf>, accedido el 22 de junio de 2007.
- Del Saz, S. (1996), Los colegios profesionales. Madrid, Colegio de Abogados de Madrid / Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, 636.
- Department of Health-MORI (2005), Attitudes to medical regulation and revalidation of doctors. Research among doctors and the general public. <http://www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/doh.pdf>, accedido el 7 de agosto de 2007.
- Drazen, J. M. (2007), Government in Medicine. *New England Journal of Medicine*, 356 (21), 2195.
- Dubois, C., *et al.* (2006), Reshaping the regulation of the workforce in European health care systems. En Dubois, C., *et al.*, Human resources for health in Europe, Berkshire. WHO-Open University Press, 173-92.
- Evetts, J. (2006), Trust and professionalism: challenges and occupational changes. *Current Sociology*, 54 (4), 515-31.
- Falk, I. S. (1934), The present and future organization of medicine. *The Milbank Quarterly*, 12 (2), 115-25. Reproducida en la misma revista, vol. 83 (4), 1-9.
- Freidson, E. (1970), Profession of Medicine. Nueva York, Dodd, Mead & Co. Edición en español: La profesión médica. Barcelona, Península.
- Freidson, E. (1986), Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago, Chicago University Press.
- Gallego Morales, A. J. (1996), Colegios profesionales y sindicatos. Confluencias y tensiones. Granada, Ed. Comares.
- Gallego Riestra, S. (2006), Responsabilidad profesional y gestión de riesgos. En Antequera, J. M. (ed.), Derecho sanitario y sociedad. Madrid, Díaz de Santos, 99-171.
- GMC – General Medical Council (2001), Good medical practice. Londres, General Medical Council.

- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003), Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. 2ª ed., Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Gornall, J. (2006), Professional regulation. The path to safer patients. *British Medical Journal*, 333 (28 de octubre), 906-11.
- Gray, A. (2004), Governing Medicine: an introduction. En Gray, A. y Harrison, S. (eds), *Governing Medicine. Theory and practice*. Berkshire, Open University Press, 1-7.
- Guillén, M. F. (1990), Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51, 35-51.
- Häkkinen, U., y Joumard, I. (2007), Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research. OECD Economics Department Working Papers n° 554, OECD Publishing ([http://www.ois.oecd.org/olis/2007doc.nsf/linkto/eco-wkp\(2007\)14](http://www.ois.oecd.org/olis/2007doc.nsf/linkto/eco-wkp(2007)14), accedido el 3 de agosto de 2007).
- Ham, C., y Alberti, KGMM (2002), The medical profession, the public, and the government. *British Medical Journal*, 324, 838-42.
- Harrison, S., y McDonald, R. (2003), Science, consumerism and bureaucracy: new legitimations of medical professionalism. *International Journal of Public Sector Management*, 16 (2), 110-21.
- Health Consumer Powerhouse (2006), Euro Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse AB (<http://www.healthpowerhouse.com/archives/000499.html>, accedido el 3 de agosto de 2007).
- Hernández Yáñez, J. F. (2005a), Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesionales. En Repullo Labrador, J. R., y Oteo Ochoa, L. A. (eds.), *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*, 199-214, Barcelona, Ariel.
- Hernández Yáñez, J. F. (2005b), Políticas de personal en el sistema sanitario público. *Presupuesto y Gasto Público*, 41(4), 287-307.
- HOPE's Sub-Committee on Co-ordination (2004), Insurance and malpractice. Bruselas, Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE).
- Ibáñez García, I. (1995), *Defensa de la competencia y colegios profesionales*. Madrid, Ed. Dykinson.
- Irvine, D. (2006a), Good doctors: safer patients. The Chief Medical Officer's prescription for regulating doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99, 1-3.
- Irvine, D. (2006b), Acreditación individual: recertificación, revalidación, relicencia. En *Monografías Humanitas* n° 88, 99-112 (disponible en <http://www.fundacionmhm.org/edicion.html>, accedido el 15 de agosto de 2006).
- Jönsson, B., y Staginnus, U. (2006), Nuevas reformas sanitarias y el rol de la evaluación económica en España: ¿hay perspectivas de un NICE español? *Revista Española de Economía de la Salud*, 5 (2), 80-4.
- Jovell, A. J., y Navarro, M. D. (2006), Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Documento de Trabajo 98/2006, Madrid, Fundación Alternativas.
- Kassirer, J. P. (1997), Practicing medicine without a license – the new intrusions by Congress. *The New England Journal of Medicine*, 336 (24), 1747.

- King's Fund (2007), Professional regulation. King's Fund Briefing, abril de 2007.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., y Donaldson, M. S. (eds.) (2000), To err is human. Building a safer health system, Washington, National Academy Press.
- Laugesen, M. J., y Rice, T. (2003), Is the doctor in? The evolving role of organized medicine in health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28 (2-3), 289-316.
- Larkin, G. (1983), Occupational monopoly and modern Medicine. Londres, Tavistock.
- Lawler, E. E. (1990), Strategic pay: alligning organizational strategies and pay systems. San Francisco, Jossey-Bass.
- McKinlay, J. B., y Arches, J. (1985), Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15 (2), 161-95.
- McNeil, B. J. (2001), Hidden barriers to improvement in the quality of care. *The New England Journal of Medicine*, 345 (22), 1612-20.
- Mello, M. M., *et al.* (2006), 'Health Courts' and accountability for patient safety. *The Milbank Quarterly*, 84 (3), 6-17.
- Meneu, T. (2002), Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona, Masson.
- Meneu, R. (2006), La distribución y dispensación de medicamentos. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl. 1), 154-9.
- Moliner Prada, C., e Iglesias Clemente, J. M. (2005), La carrera profesional en Atención Primaria, ¿la solución? *Revista Española de Administración Sanitaria*, 3 (1), 131-42.
- OCDE (2006), Medical malpractice. Prevention, insurance and coverage options. Col. Public Policy in Insurance nº 11, París, OECD Pub.
- OMC (2005), La profesión médica en España. Madrid, Fundación para la Formación de la OMC.
- OMC (2006), Ser médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España.
- OMC-Sespas-Sedisa (2005), Propuesta de decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección, disponible en [http://www.cgcom.org/notas\\_prensa/pdf/05\\_03\\_16\\_buen\\_gobierno.pdf](http://www.cgcom.org/notas_prensa/pdf/05_03_16_buen_gobierno.pdf), accedido el 10 de mayo de 2006.
- Pardell, H. (2006), El nuevo profesionalismo médico. Una ideología basada en conductas. Monografías Humanitas, nº 7, 11-22, disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo2.pdf>, accedido el 13 de junio de 2007.
- Pfadenhauer, M. (2006), Crisis or decline? Problems of legitimation and loss of trust in modern professionalism. *Current Sociology*, 54 (4), 656-78.
- Pontes, M. C. (1995), Agency theory: a framework for analyzing physician services. *Health Care Management Review*, 20 (4), 57-67.

- Porter, M. E., y Teisberg, E.O. (2006), *Redefining health care. Creating value-based competition on results.* Boston, Harvard Business School Press.
- RCP – Royal College of Physicians (2005), *Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party,* Londres, Royal College of Physicians.
- Rhodes, R. A. (1997), *Understanding government: policy networks, governance, reflexivity and accountability.* Buckingham, Open University Press.
- Rodríguez Sendín, J. J. (2003), *Los colegios de médicos y el nuevo profesionalismo.* El Médico, anuario 2004.
- Romanow, R. J. (ed.) (2002), *Building on values: the future of health care in Canada.* Commission on the future of Health Care in Canada.
- Rosen, R., y Dewar, S. (2004), *On being a doctor. Redefining medical professionalism for better patient care.* Londres, King's Fund.
- Rowe, A., y García-Barbero, M. (2005), *Regulation and licensing of physicians in the WHO european region.* WHO-Europe.
- Salom Parets, A. (2007), *Los colegios profesionales.* Barcelona, Atelier.
- Salter, B. (2000), *Medical regulation and public trust. An international perspective.* Londres, King's Fund.
- Secretary of State for Health (2001), *The report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol.* Londres, The Stationery Office.
- Secretary of State for Health (2007a), *Safeguarding Patients. The Government's response to the recommendations of the Shipman Inquiry's fifth report and to the recommendations of the Ayling, Neale and Kerr/Haslam Inquiries.* Londres, The Stationery Office.
- Secretary of State for Health (2007b), *Trust, assurance and safety – The regulation of health professionals in the 21st Century.* Londres, The Stationery Office.
- Smith, R. (2001), *Why are doctors so unhappy?* *British Medical Journal*, 322 (5 de mayo), 1073-4.
- Starr, P. (1982), *The social transformation of american medicine.* Nueva York, Basic Books.
- Stern, S.T. (ed.) (2006), *Measuring medical professionalism.* Oxford, Oxford University Press.
- Stevens, R. (2001), *Public roles for the medical profession in the United States: beyond theories of decline and fall.* *The Milbank Quarterly*, 79 (3), 179-94.
- The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2004), *The Health of Canadians – The federal role.* Ottawa, Senado de Canadá.
- Tuhoy, C. H. (2003), *Agency, contract and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena.* *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28 (2-3), 195-215.
- Willis, E. (1983), *Medical dominance: the division of labour in Australian Health Care.* Sydney, Allen and Unwin.



## Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13\*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M<sup>a</sup> Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M<sup>a</sup> Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.<sup>a</sup> Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Córdón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.

- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.
- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.<sup>a</sup> Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.<sup>a</sup> Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.