

PROFESIONES SANITARIAS: SU ORDENACIÓN

Jaume Aubia Miramón
Director General de Recursos Humanos y Servicios
Económico-Presupuestarios del
Ministerio de Sanidad y Consumo

El Congreso de Derecho y Salud, me da la oportunidad de presentar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que si no ocurre nada extraordinario, en la sesión que hoy empieza en el Senado va a conseguir su aprobación definitiva por el Pleno de esta Cámara.

Para mí es una satisfacción estar hoy aquí, en el sentido de poder explicar esta Ley a los de dentro, pues entiendo que esta Asociación reúne a muchos, todos o casi todos, de los que, una vez esta Ley sea efectiva, van a tener que desarrollarla, impulsarla, mejorarla en los ámbitos de los servicios autonómicos de salud y en los ámbitos de las organizaciones.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se inscribe en una especie de trípode legal, articulado alrededor de la Ley de Cohesión y Calidad, cuyo Título III prefiguraba lo que después serían las dos Leyes que en este momento estamos a punto de aprobar: el Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones.

El objeto de la Ley es el ejercicio de las profesiones, pero para explicar lo que pretende y lo que no pretende la Ley, entiendo, sobre todo después de haber, durante todo este año, estado presente en una serie de debates políticos y mediáticos, que es necesario hacer una afirmación inicial en el sentido de que el ejercicio de las profesiones en nuestro sistema parte casi de un vacío normativo. Seguramente, el concepto vacío normativo es duro, es excesivo, pues hay leyes y otras normas, pero muy antiguas, del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX. Incluso la Ley General de Sanidad, como una norma de naturaleza predominantemente organizativa cuyo objetivo fundamental es establecer la estructura y el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, habla poco, de hecho casi nada, de los profesionales.

De alguna forma, por tanto, esta Ley sería el primer intento en el mundo de la Sanidad, de desarrollar el artículo 36 de la Constitución, para lo cual, por la doctrina del

Tribunal Constitucional, tenemos que atenernos a una serie de principios. Primero que el desarrollo de este punto de la Constitución necesita una Ley formal ya que limita un Derecho Constitucional definido en el artículo 35 de la propia Constitución, el derecho al libre ejercicio de las profesiones. Por tanto, la limitación de este derecho requiere una ley básica, requiere establecer con absoluta certidumbre de que estamos en el ámbito de un bien común, no desarrollando el derecho de un grupo, no protegiendo un derecho individual o de colectivo, y por tanto, las restricciones que debe hacer la ley a este libre ejercicio de las profesiones que la constitución garantiza debe estar basado en la protección de un bien común, de un bien social como es la sanidad.

Es cierto que también el reconocimiento recíproco de títulos entre los Estados miembros de la Unión Europea, y por tanto la existencia de directivas reguladoras de esta materia, supone asimismo una limitación al ejercicio de las profesiones.

Y sin embargo, en la exposición de motivos de esta Ley, se indica que ésta no es una Ley para definir competencias o funciones ni para delimitar unas y otras profesiones. La Ley se basa en el concepto de profesión desde el punto de vista sociológico, que tiene unas ciertas características de formación superior, de autonomía y, por tanto de necesidad y derecho a la autoorganización, con exigencias superiores, de carácter deontológico y de espíritu de servicio.

De hecho, cuando en la nueva Ley se pretende hacer una definición de a qué profesiones se está refiriendo, intenta ser fiel a este concepto sociológico, digamos liberal, europeo y anglosajón, y encuentra en nuestro sistema normativo dos ámbitos que ayudan a definir lo que son estas profesiones. Primero, una definición educativa y después la existencia de una corporación profesional. Y por esto, en la exposición de motivos dice esta Ley:

"...existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión y por ello en esta Ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente".

A pesar de estas intenciones, tanto en la opinión pública como en el debate político, cuando esta Ley se ha planteado, no se ha podido obviar el protagonismo de dos temas, que son el de la colegiación y el de la competencia. El tema de la competencia, de ámbito funcional propio de cada profesión, no se ha podido obviar, porque, de hecho, quién está o quién no está en la letra de Ley, y, si está, cómo se sale en la letra de la Ley, ha sido motivo de un debate en tiempo y en espacio, seguramente mucho más relevante que el que la Ley, en estas materias, pretendía suscitar.

¿Cuál es el objeto de la Ley realmente? El objeto fundamental de la Ley es permitir y ayudar a la adaptación de los profesionales y de las organizaciones en las que éstos trabajan a nuevos retos. Estamos asistiendo, queramos o no queramos, al nacimiento de una nueva sociedad. Una nueva sociedad en la que hay fenómenos nuevos, fenómenos relacionados con la complejidad, complejidad de un crecimiento del conocimiento científico y técnico explosivo, y esto requiere y exige una complejidad organizativa también creciente, en las formas en las que las profesiones ofrecen sus servicios y en la organización de los servicios sanitarios, lo que, evidentemente produce, como consecuencia de ello, tensiones económicas.

Estos fenómenos nuevos tienen repercusiones sobre las organizaciones sanitarias y también sobre las profesiones. Asistimos a un fenómeno universal, a un fenómeno que se produce en muchos países, de aparición de situaciones espectacularmente nuevas, problemas como la motivación o la desmotivación, la desprofesionalización, la falta de reconocimiento profesional, la insatisfacción de los profesionales, la huida de estos profesionales en todo el mundo, desde la India hasta Estados Unidos, desde Polonia, a Italia o a nuestro país. En todas las publicacio-

nes científicas y profesionales se refleja la aparición de estas crisis.

Además, en esta sociedad estamos asistiendo, queramos o no queramos, la veamos o no la veamos, a una tendencia de exigencia superior, de garantías de resultados, de no asunción o de exigencia de que los riesgos desaparezcan o disminuyan, de exigencias de que la información o la comunicación, antes la Defensora del Pueblo hablaba de esto, tenga mucha más importancia en estas relaciones del sistema sanitario. Y, por tanto, esta tendencia social que hasta ahora no era evidente en nuestra sociedad, significa más transparencia, unas responsabilidades más explícitas, más audits. Este fenómeno en el consumo o en el comercio, es bien evidente, pero también lo es en la universidad, lo es en investigación, y de hecho lo es en todos los ámbitos sociales, de manera que se habla que la nueva sociedad, esta sociedad postmoderna, es una audit society.

Dentro de nuestras organizaciones, en el conjunto del sistema sanitario necesitamos nuevos profesionales. Necesitamos profesionales con nuevos roles, con nuevos papeles. Necesitamos que aquellas decisiones que requieran priorizar inversiones, contener los costes, gestionar la demanda o mejorar la seguridad, decisiones que sabemos que no pueden ser tomadas solo de arriba abajo, impliquen el compromiso de los profesionales, que los propios profesionales lideren estos cambios.

Necesitamos unos nuevos roles de los profesionales y, en cambio, tenemos unos sistemas retributivos, de selección y de promoción que no incentivan, que no están adaptados a los resultados de la calidad del trabajo. Y los sistemas de promoción son rígidos y lentos, basados en mérito inicial, etc. Por lo tanto, los objetivos generales de la LOPS no son tanto y explícitamente los de determinar las competencias de cada uno, sino éstos, los de atender las necesidades de los profesionales, de las organizaciones y, en general, del sistema sanitario. De los profesionales vistos en este contexto internacional, en este contexto académico, para atender a la motivación, a las necesidades de formación continuada, a los sistemas de incentivación individual, de flexibilidad, de reconocimiento, de participación y de autonomía de los profesionales.

Pero también necesidades de las organizaciones para atender a una multidisciplinariedad creciente, a la necesidad de articular los trabajos en equipo, a una necesidad de estimular el compromiso y la implicación de los profesionales, a una rapidez más adecuada de respuesta del sistema sanitario, que necesitamos ya, de flexibilidad, por ejemplo, entre la oferta y la demanda del número de espe-

cialistas, o entre la oferta y demanda en la calidad de la formación. Y necesitamos, también, una nueva respuesta, un ordenamiento competencial para que la organización de la formación se adecue, se acerque a lo que en este momento es la distribución de competencias en el ámbito asistencial.

Dice esta Ley, en su artículo 1, sobre su objeto y ámbito, que es “regular las profesiones sanitarias en lo que se refiere a su ejercicio por cuanta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de los mismos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones y del Sistema Sanitario. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos...”.

La Ley se estructura en un título preliminar y cinco títulos que intentaré explicar para justificar, para argumentar cómo se intenta dar respuesta a estos retos sociales, organizativos o profesionales de los que hemos hablado.

Cuando define en el Título Preliminar los ámbitos funcionales y por tanto entra el concepto de reserva de actividad básico en el artículo 36 de la Constitución, la Ley lo hace utilizando unos criterios muy restrictivos, como no podría ser de otra forma, tanto desde el punto de vista de la doctrina del Tribunal Constitucional como del propio sentido común. De manera que mantiene unos criterios muy restrictivos de cuáles son las profesiones cuya actividad debe ser protegida.

Se hace con dos criterios, la titulación, titulación de nivel universitario y la existencia de colegios. La existencia de colegios, como se define en la Ley, no presupone, no significa, no entra en si estos colegios son o no son obligatorios, gran debate implícito en esta Ley, pero que creemos que esta Ley será absolutamente igual de aplicable y no se tendrá que cambiar, resuelva lo que resuelva el Tribunal Constitucional sobre la colegiación obligatoria o no obligatoria. La Ley se refiere a la existencia de estos colegios, que, por otro lado, en el cien por cien de las profesiones existen en este momento. La existencia de un colegio no significa, ni presupone, postura previa alguna en el debate o en el dilema jurídico de si la colegiación obligatoria es la única forma posible de colegiación o en el problema competencial (Estado-Comunidades Autónomas) para establecer la obligatoriedad o no obligatoriedad de la colegiación.

En la definición de las titulaciones se utilizan unos criterios de acuerdo con la doctrina del Tribunal Constitucional, acogiendo en esta definición las titulaciones universitarias, y, por lo tanto, entendiendo lo que son las

profesiones clásicas: médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios. Pero añadiendo aquellas otras que mantienen en el ámbito europeo una directiva específica aunque sean diplomados, como enfermeros y matronas, y añadiendo lo que son los diplomados equivalentes, que en otros países pueden ser especialidades o subgrupos profesionales dentro de enfermeros y que dentro de nuestro ordenamiento jurídico son diplomaturas independientes: fisioterapia, etc.

A estos se añaden los titulados superiores que no tienen una formación sanitaria en su formación pregrado (psicólogos, químicos, biólogos) pero que en nuestro ordenamiento jurídico tienen reconocida ya una especialización sanitaria: psicólogos clínicos, análisis clínicos, inmunología, etc.

Hay un cuarto grupo, titulados de formación profesional ya reconocidos por Ley como profesión, que se refiere única y exclusivamente a los titulados de formación profesional reconocidos por la Ley 10/86.

Aquellos otros profesionales titulados de formación profesional, técnicos superiores o técnicos medios, es evidente que son titulados, es evidente que son profesionales y tienen los títulos también expedidos por el Estado, pero las normas reguladoras no deben determinarse por Ley básica, por lo tanto no están bajo el artículo 36 de la Constitución. La Ley, en su artículo 3.2, indica que las normas reguladoras en relación con estas profesiones deberán determinarse por las Administraciones competentes.

Esta clasificación profesional estará sujeta a cambios cuando la normativa educativa cambie o cuando en el ámbito de lo que se ha llamado el "Movimiento de Bolonia" y, por lo tanto, la homologación europea y los cambios en la titulación europea se modifique la estructura del sistema educativo. Hay una disposición transitoria que permitirá que esta Ley siga siendo efectiva y que sea posible adaptarse a estos previsibles cambios.

Cuando hablamos ya en el Título I del ejercicio de las profesiones, se hace un ejercicio voluntario de que haya definidas una gran parte, un gran paquete de funciones comunes en el campo de la prevención, de la educación, de la investigación, de la formación, de la gestión en la que no se hace una reserva de actividad para cada una de las profesiones, sino que se determinan que estas son funciones comunes de todas ellas. Y, en cambio, las funciones específicas, en el artículo 6 y 7, se intenta buscar, se han intentado buscar aquellos términos descriptivos, relevantes, significantes para cada profesión, pero que han sido voluntariamente genéricos, voluntariamente amplios, voluntariamente neutros. Esto no siempre ha sido entendi-

do así y una gran parte de los debates que hemos asistidos es de grupos profesionales, colegios, que entendían que sus definiciones deberían ser mucho más precisas, más limitativas.

De todas maneras, en este primer Título el fondo, el núcleo, no es tanto este sistema de competencias, sino establecer una serie de principios. Algunos de los principios son básicos, son generales, no llamarían mucho la atención. El artículo 4 dice que el profesional sanitario, el estar al servicio de la sociedad, al servicio del interés y la salud de los ciudadanos, por ejemplo, pero, en cambio, si hay otras que ya son exigencias nuevas en nuestro ordenamiento jurídico de forma paralela como está ocurriendo en otros países, pero no en muchos países, como, por ejemplo, el artículo 4.6 cuando dice: "los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional". Ahora podemos estar a la cabeza de este movimiento hacia una evaluación más explícita, a una recertificación en el futuro.

Nuevas exigencias, pero también viejos principios: el artículo 4.7, inmediatamente después de este 4.6, dice que "el ejercicio profesional se llevará a cabo con plena autonomía técnica, científica y sin más limitaciones que las que establece esta Ley". En esta Ley se establece que estas limitaciones, al menos, deben venir, fundamentalmente, ligadas a estas cuatro, cinco exigencias.

- Primero, la obligatoriedad de la historia clínica
- Segundo, la existencia de guías clínicas participadas por los propios profesionales que las deben utilizar.
- La existencia de normas escritas de actuación común dentro de los equipos, servicios y unidades.
- Y dos principios que, entendemos, tienen una gran carga de futuro o de necesidad, que es la existencia que debe limitar o puede limitar la autonomía, la existencia de protocolos para la continuidad asistencial.
- Y la atención creciente a la multidisciplinariedad, que después en el artículo 9 se amplía.
- Cuando se habla en este Título I, también, de los deberes de los profesionales hay algunos muy obvios: atención adecuada a las necesidades del paciente y al nivel del conocimiento científico, pero se hace apelación a otros que no son tan tópicos, tan estándar: al uso racional de los recursos, tema del que estábamos hablando antes, al respeto a la dignidad y al derecho de participación de los pacientes en las propias deci-

siones, información, por lo tanto, de la historia clínica de acuerdo con la Ley reciente 41/2002. Pero, también la obligación de la transparencia, nuevo deber, la transparencia en la información, en los registros y, también, la libre elección y al derecho de renuncia del médico en estas relaciones.

- Entraré un poco más en el tema de los registros. En esta voluntad de transparencia se hacen requerimientos explícitos a los registros de profesionales. Registros de profesionales que deben ser públicos. Hasta ahora estos registros estaban exclusivamente en manos de los colegios, seguirán estando en manos de los colegios, por lo tanto, no cambian las competencias de los colegios en los registros, pero sí que en esta Ley se les hacen exigencias explícitas a estos registros. Exigencias de accesibilidad a la población, implícitamente en el siglo XXI significaría "registros en la red". Registros públicos a disposición de las Administraciones Sanitarias. Administraciones Sanitarias que establecen criterios y requisitos para estos registros. Al menos deben tener estos registros una serie de campos: nombre, titulación, especialidad, categoría y función en el centro donde se trabaja.
- Y estos criterios y especificaciones técnicas determinadas por las Administraciones deben permitir la integración de estos registros en el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, que se establece en la Ley de Cohesión y Calidad como un órgano, un instrumento al servicio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se establece, como una exigencia, que los centros sanitarios deberán revisar los contenidos de estos registros cada tres años.
- Hay que citar específicamente en este primer capítulo, tres aspectos relevantes en la Ley:
- Primero, la apelación que hace la Ley al trabajo en equipo, la definición de lo que es trabajo en equipo y, sobre todo, abre la puerta en este Artículo 9 a importantes cambios organizativos en la competencia de los responsables de los servicios sanitarios. Trabajo en equipo que deberá basarse en la accesibilidad, en el objetivo de la accesibilidad, de aumentar la accesibilidad de los profesionales y la continuidad asistencial. Equipo que no deberá ser solo pensado como articulado de forma jerárquica, sino que puede ser un trabajo en equipo articulado de forma colegiada. Se establece si es jerarquizado no por titulación y competencias sino por competencia, primero y titulación, segundo. Que tenderán, deberán tender más a ser equipos multiprofesionales, pluridisciplinarios, basa-

dos en el principio de confianza, con una constitución explícita apoyados por las Organizaciones y con un elemento muy importante, a nuestro entender, en lo que podría ser una evolución en adaptar en nuestro sistema de necesidades cambiantes la delegación explícita de funciones entre los miembros de este equipo.

- El segundo es estos tres se refiere a la gestión clínica. El Artículo 10.2 contiene una definición de lo que es la gestión clínica, entendiendo que gestión clínica es un término que puede tener muchísimas interpretaciones, pero en este caso en esta Ley nos ofrece ésta: “jefatura de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en Comités internos de los Centros Sanitarios dirigidos a asegurar la calidad, seguridad y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes”.
- Todas estas actividades deberán ser sometidas a evaluación del desempeño, después hablaremos del desarrollo profesional, también sometido a oportuno reconocimiento por parte no solamente de su propia organización sanitaria, sino del conjunto del Sistema Sanitario.
- El tercero de los elementos es una pincelada hablando de la investigación y docencia que esta Ley, ya en la Ley de Cohesión y Calidad se hablaba de ello, permitirá implementar no solamente los trayectos investigadores post-residencia, sino la existencia en los centros de trabajo de plazas de investigador vinculadas en los centros asistenciales vinculados a institutos de investigación públicos o privados.
- Con esto entramos en el Título II. Habla de la formación y de hecho es el 50% de todos los artículos de la Ley. La Ley actualiza y adecua las competencias formativas al actual sistema de desarrollo de la competencia en la asistencia. Delimita y en algunos casos cambia las competencias entre Estado y Comunidades Autónomas, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia y establece, de una forma mucho más explícita, las funciones de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, que se había creado en la Ley de Cohesión y Calidad, estableciendo sus funciones tanto sobre el pregrado como en el postgrado.
- Cambios relevantes que se producirían en la organización de esta formación especializada.

- Los títulos los expide el Ministerio de Educación y Ciencia, los establece el Gobierno, previo informe preceptivo de la Comisión de Recursos Humanos, y tienen validez para todo el territorio del Estado. Respecto a la homologación de títulos extranjeros, entendiendo títulos no comunitarios, se establecen dos tipos de homologación, una homologación profesional y otra homologación a efectos académicos. Una homologación profesional que se establece como competencia única del Ministerio de Sanidad y Consumo, debe permitirnos establecer mecanismos, seguramente, más ágiles para que en momentos determinados de necesidades puntas tengamos la oportunidad de homologar más rápidamente o menos rápidamente títulos o especialistas que puedan ser más necesarios en nuestro sistema.
- En cuanto al número de plazas del sistema de formación, también esta Ley hace un cambio muy importante porque el número va a ser determinado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, pero a propuesta de las Comunidades Autónomas con un informe del Ministerio de Educación y el Consejo de Especialidades que cambia la geometría práctica de lo que hasta ahora ha venido ocurriendo.
- En la formación de pregrado se configura, asimismo, un cambio muy significativo en la prueba de acceso al Sistema de Formación que debe pasar de lo que es ahora, una prueba muy básica, muy interesante como un sistema objetivo de selección, pero que ahora pensamos que esta necesidad de selección ya no es tan importante y necesitamos una prueba que nos ayude, primero a generar cambios en los currículos de las facultades y, segundo, que sirva más para la distribución que no, seguramente, para la selección. Y, por tanto, el examen debe pasar a ser un conjunto de pruebas que valore no solamente conocimiento, que es lo que hace ahora, sino también, habilidades prácticas, habilidades clínicas y algo muy importante, muy relevante, habilidades comunicativas.
- Hay un periodo de siete años, previsto en una disposición transitoria, para que esto vaya pudiéndose ejecutar de acuerdo con cambios progresivos en los currículos de las facultades, pero a nadie se le escapa la profundidad de los cambios que, si conseguimos esto, van a producirse.
- La formación especializada tiene tres cambios fundamentales: primero, el sistema de información será, exclusivamente, por residencia. Por lo tanto, aquellas

- especialidades que hasta ahora no tenían residencia, en cinco años se van a transformar en formaciones por residencia.
- Las especialidades se agruparán en criterios de troncalidad, después explicaremos por qué, qué virtualidad, qué función se le da a esta troncalidad, y se crean las Áreas de Capacitación Específica como un ciclo superior después de la especialización. Tanto la troncalidad, como la residencia, como las áreas de competencia específica son viejos conceptos que hasta ahora no han entrado en nuestro sistema de regulación, pero que tienen un fuerte arraigo conceptual en los expertos.
 - Cuando hablamos de troncalidad de la especialización significa que, al menos, dos años de las especialidades que compartan el mismo tronco, compartirán un mismo programa formativo y esto debe permitir, por un lado, la reespecialización dentro del mismo tronco. Un ejemplo que ponemos continuamente es que necesitamos anestesistas y tenemos intensivistas que, seguramente, por el tipo de trabajo, por el tipo de demanda, podrían ser transformados, como opción individual y como necesidad del sistema, con mucha rapidez en anestesistas. Estas pasarelas dentro del mismo tronco deben permitir a nuestro Sistema Sanitario y a nuestros profesionales, para ellos, que tengan opciones individuales de cambio de formación en su carrera a lo largo del tiempo; para los servicios de salud para el sistema sanitario, adaptarse mucho más rápidamente a cambios de necesidades.
 - Pero, además, esta troncalidad debe permitir superar el conflicto, la tentación de la superespecialización en sí, y la frustración que hoy existe, producto de que estamos formando profesionales con altos niveles de complejidad cuando, después, en el mercado de trabajo, lo que se necesita cada vez más son especialistas transversales. Por tanto, este énfasis en la troncalidad debe permitir estas dos funciones.
 - Las Áreas de Competencia Específica serán abiertas a diversas especialidades, basadas en programas específicos y pruebas de evaluación de competencias, pruebas que deberán existir para las áreas de competencia específicas, para las pasarelas de cambio de la especialización dentro de la troncalidad, etc.
 - Por tanto, el esquema organizativo de nuestro sistema sanitario va a sufrir un cambio muy importante. Hemos tenido durante veinte años, desde el año 79 según en que ámbito, al menos desde el punto de vista legal desde el año 84, un sistema "en peine". Un sistema en el que se entra a partir de una prueba, que entras a partir de esta prueba en una púa, púa en la que pasa el profesional toda su vida. Si el crecimiento científico y el sistema sanitario demandan nuevos conocimientos, solamente se pueden añadir nuevas púas a este peine, a esta verja. En cambio ahora pasaremos a un sistema en red.
 - Un sistema en red en el que primero habrá una troncalidad, dentro de esta troncalidad habrá las especializaciones, entre estas especializaciones habrá pasarelas y, por encima de estas especializaciones habrá áreas de capacitación específica, multiespecialidad e, incluso, multidisciplinarias, lo cual permite ver como pasamos de un sistema muy rígido a un sistema que permite opciones individuales con flexibilidad.
 - En la Ley, también, se establece otra figura. En aras de esta flexibilidad, en aras de buscar esta adaptación del marco legal a las necesidades, tanto individuales como del sistema, se establece la figura de los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada, expedidos y certificados por las Administraciones Sanitarias Públicas, que permitirán acreditar formación, conocimientos o habilidades para aquellos profesionales que sin haber obtenido un título de especialista, orientan su actividad como médicos generalistas hacia ámbitos como, por ejemplo, la estética, la acupuntura, etc. Que hasta ahora ni estaban regulados, ni se podía reconocer su existencia y, que de alguna forma, deben permitir que las administraciones sanitarias autonómicas, fundamentalmente, en el ámbito de sus competencias utilicen estos diplomas de acreditación como formas de garantía de mayor calidad de estos servicios que de hecho, queramos o no queramos, existen y la población demanda.
 - Un ámbito muy importante, novedoso, también de esta Ley, es la formación continuada. Se establece a partir de un principio que es la formulación de la formación continuada como derecho y como obligación.
 - Derecho significa que el empleador deberá facilitar esta formación pero, también, que el profesional tiene una obligación de atender a la formación continuada. Hay elementos novedosos, también, a que nos referimos cuando hablamos de formación continuada.
 - Hay un primer punto se sería garantizar la actualización de los conocimientos y de los aspectos científicos, técnicos, éticos que esto sería normal, digamos. Quizás no tan normal, no tan evidente, los aspectos

sociales y económicos, pero aun menos evidente, dentro de la formación continuada los objetivos tienen que ser potenciar la capacidad del uso de los recursos sanitarios, mejorar la percepción del profesional, de su propio papel social y posibilitar la comunicación entre los profesionales.

- Para conseguir estos objetivos algunos clásicos, algunos obvios, otros menos obvios y menos clásicos se crea la Comisión de Formación Continuada, de hecho se había creado ya en la Ley de Cohesión y Calidad pero aquí se desarrolla, compuesta por las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial, incorporando a las organizaciones de los Colegios Profesionales, Universidades, Colegios y Sociedades Científicas, a los Consejos de las Especialidades.
- La función de esta Comisión de Formación Continuada es buscar los objetivos y las necesidades de esta formación continuada, así como un ámbito muy específico que es la acreditación.
- Se hace una formulación de que la acreditación es competencia de las Administraciones Sanitarias del Estado y las Comunidades Autónomas, por tanto, lo acreditado por uno será reconocido por los demás, con lo cual, dando por superado un enquistado conflicto de competencias.
- Lo más novedoso en esta formulación está el punto 3 y en el punto 4, del artículo 35, que dicen que “solamente podrán ser subvencionados con cargo a fondos públicos los Centros y las actividades de formación continuada que estén acreditados”, y que “los organismos de la acreditación continuada habrán de ser, en todo caso, independientes de los organismos encargados de la provisión de actividades de formación que acredite”.
- Con ello y con la posibilidad de la delegación de esta acreditación en corporaciones o instituciones de derecho público, que también estaba en la Ley de Cohesión y Calidad, se abre un nuevo campo en un ámbito tan importante como el de la formación.
- En el Título III, se habla, también, de una novedad muy importante bajo el nombre de Desarrollo Profesional. Este debe ser un potente instrumento para reorientar las políticas de recursos humanos en nuestro Sistema Sanitario. Está basado en un sistema individual de reconocimiento del mérito, intentando dar por superado aquel debate, que en el curso de la discusión del estatuto se mantenía alrededor del concepto de ca-

rrera profesional, carrera profesional que en el estatuto marco se define como un derecho y se equipara a derecho a promoción, para ser sintético. Y se preserva en la LOPS este sistema de reconocimiento individual basado en evaluación, para mantener esta posibilidad de reorientar nuestras políticas de recursos humanos, de incentivación, etc.

- Basado no solamente en el reconocimiento individual, sino basado en una evaluación explícita, no en un derecho colectivo para todos, sino solo para aquellos individuos que acepten una evaluación.
- Además es un sistema independiente de la retribución, esto no quiere decir que no va a tener un valor retributivo, pero que tiene que ser independiente de la retribución en el sentido de que quien valora los méritos, fundamentalmente, quien reconoce este mérito, no debe, inicialmente, ser demasiado cercano a quien determina la retribución.
- Para establecer este sistema de desarrollo profesional se han determinado unos criterios que permitan su homologación. Un sistema de reconocimiento tenía un dilema básico: o un sistema centralizado que es, por otro lado, imposible de gestionar, es decir, un tribunal central para doscientas o trescientas mil personas que cada un número determinado de años se presente a un examen es algo inconcebible, pero era una opción y casi una reivindicación de muchos grupos. Y, por otro lado, algo que si fuese tan diversificado, tan externo no tendría ningún valor de comparación y por tanto, perdería su valor de reconocimiento. Por tanto, se ha escogido una formulación mixta en la que haya una evaluación muy pegada a la realidad en cada centro de trabajo pero con un fuerte sistema de homologación, que permita que lo que haga un Comité de Evaluación en un centro, sea relevante, sea significativo, sea posible homologar.
- Para explicitar esta homologación se fijan unos criterios mínimos, un esquema mínimo de criterios: cuatro grados, que el ascenso requerirá evaluación y que esta evaluación deberá valorar resultados asistenciales en todo caso, y de investigación y docencia para aquellos ámbitos profesionales donde esto tenga relevancia. Tanto resultados asistenciales cuantitativos como cualitativos, esto va a requerir esfuerzos importantes en las organizaciones para cuantificar e indexar estas cantidades y cualidades. Deberá sumar, deberá evaluar la formación continuada acreditada y deberá evaluar la implicación del profesional en gestión clínica. Entendida gestión clínica por la participación

- que el Artículo 10 se hace de una serie de funciones de importancia de valor añadido, para la participación, la implicación de los profesionales en el día a día de sus organizaciones.
- Estos principios generales de evaluación se establecen como un requisito mínimo, y quizás lo más significativo está en que los comités de evaluación que estarán en cada centro, estarán compuesto mayoritariamente por los propios profesionales. Por lo tanto, es un sistema de desarrollo profesional en manos, fundamentalmente de los propios profesionales, pero, evidentemente, con protección para que no se convierta en algo irrelevante, en un juego de amigos, sino con la participación de evaluadores externos nombrados por las Agencias de Calidad o por Sociedades científicas con experiencias demostradas en este ámbito.
 - La Ley también regula, en su Capítulo IV el ejercicio profesional en la sanidad privada. Es de resaltar el requisito establecido en el artículo 45: "las consultas profesionales deberán cumplir los requisitos de autorización y acreditación que, atendiendo a las específicas características de las mismas, determinen los órganos competentes de las Comunidades Autónomas". Por lo tanto, la acreditación a la inspección podrá recabar la colaboración de agencias de calidad o de los organismos, y, en el caso de las consultas de los profesionales, de los colegios.
 - Se establece una nueva exigencia explícita de contratos: "los contratos de prestación de servicios sanitarios, así como sus modificaciones, que se celebren entre profesionales sanitarios, entre profesionales y Centros Sanitarios o entre profesionales y Entidades de Seguros que operen el ramo de enfermedad, se formalizarán por escrito". Deberán ser, por tanto, fidedignos y asequibles.
 - También, en este capítulo en este Título IV se hace una formulación de la obligatoriedad, de la necesidad de la cobertura de responsabilidad, y en el artículo 47, se dice: "los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencias o servicios".
 - Y en curso de la tramitación de esta Ley en el Senado, seguramente, va a aceptarse alguna ampliación de estos conceptos, como que las Comunidades Autónomas, con los Colegios, van a determinar en qué condiciones mínimas este seguro se debe ofrecer, y a promover las fórmulas para que los profesionales puedan cumplir con estas nuevas obligaciones.
 - En el Título V se desarrolla otro nuevo órgano. Este nuevo órgano se llama Comisión Consultiva Profesional. Es un órgano que tienen tres grandes funciones. El primero ya salía en la Ley de Cohesión y Calidad que es donde se crea. Dijimos que la Ley de Cohesión y Calidad era el núcleo donde después tanto el Estatuto como la LOPS han desarrollado muchos de los puntos que la Ley de Cohesión y Calidad se dibujaban. Es un órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a través del foro profesional, que tendrá que ver, que hablar, que dirimir con la Comisión de Recursos Humanos, todo aquello que tenga que ver con la formación y la evaluación de competencias.
 - Y además hace dos funciones: una se le encarga hacer un informe anual del estado de las profesiones, por tanto, en este informe pueden haber propuestas dirigidas al Consejo Interterritorial, a las Autonomías, al Ministerio, sobre cómo en este Consejo, desde el punto de vista de las profesiones, se ve el estado actual de las profesiones que, de hecho, es una parte muy importante de lo que son los problemas, la forma de ver los problemas del Sistema Sanitario.
 - Por lo tanto, crea lo que entendemos que debería ser un espacio de deliberación social. En nuestro sistema sanitario y en general nuestro sistema político, va a ser cada vez más necesario crear espacios de deliberación social y, digamos, el Consejo Profesional Consultivo se crea como el espacio nuevo, en el que esta deliberación social entre la profesiones y la sociedad, entre las profesiones y las administraciones, la sociedad civil respecto al Estado pueda tener una formulación de deliberación.
 - Y como último objetivo de esta Comisión Consultiva Profesional tiene que ver un poco con el principio, de que hablábamos de que esta Ley no pretende dirimir y delimitar competencias cerradas. Es el órgano de mediación y propuestas de

solución con las Administraciones de los conflictos de competencias entre profesiones.

- Con esto, digamos, se cierra un poco la descripción de los que son los objetivos más importantes, las formulaciones en esta Ley.
- Hay una Disposición Adicional que tiene que ver con los residentes y que contiene un mandato al Gobierno para que mediante Real Decreto realice algo que, también, llevamos tiempo tratando de conseguir, que es la regulación laboral especial de residencia de acuerdo con las normas de la Comunidad Europea, para que se combine adecuadamente una relación, que es la formativa de los residentes, con una relación laboral que los residentes con sus organizaciones en las que prestan sus servicios.
- En resumen, es una Ley que permite reorientar los sistemas de retribución y promoción por los de desarrollo profesional basados en una relación individual y regular, indicadores de actividad y productividad asistencial, docente e investigadora, una evolución de la formación continuada acreditada y una implicación en las actividades de gestión clínica.
- Estos sistemas de evaluación deberán estar mayoritariamente en manos de los propios profesionales.
- Es una Ley que determina que la evaluación de las competencias, estableciendo esta formulación en el Artículo 4.6, y, por tanto, que debe impulsar las metodologías de evaluación de las competencias que van a tener una formulación fun-

damental al final de la especialización en las ACEs, en los niveles de desarrollo profesional, en los diplomas de acreditación.

- Permite implementar los sistemas de acreditación de la formación continuada, que deben ser respetuosos con las competencias de las Comunidades Autónomas, pero a la vez independientes de los empleadores, sobre todo, independientes de la industria y participados por las organizaciones profesionales.
- En resumen, entendemos que esta es la primera Ley que desarrolla el derecho constitucional al ejercicio de las profesiones sanitarias sin que pretenda ser una Ley de Competencias profesionales, que introduce los conceptos más actuales del movimiento del profesionalismo en la definición de las profesiones, basadas en conocimiento, basadas en formación, basadas en más exigencia, basadas en una evaluación de resultados más explícitos, más responsabilización, más autonomía, más compromiso con las organizaciones y más transparencia de procedimientos, registros y contratos.
- Se abre con esta Ley, esperamos, una nueva era en las políticas de recursos humanos pues permite que aquella adaptación a los profesionales se haga atendiendo a nuestras necesidades como Sistema Sanitario, pero, también, con los nuevos y viejos valores que las profesiones han tenido a lo largo de toda su existencia.

