



## AL MINISTERIO DE SANIDAD

### OBSERVACIONES AL

**ANTEPROYECTO DE LEY DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (versión 5 junio 2026).**

Desde el pasado 5 de junio y hasta el próximo 26 de junio de 2026, el Ministerio de Sanidad ha abierto a trámite de audiencia e información pública el Anteproyecto de Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Dentro del plazo proporcionado, este **CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS (CGCOM)** formula las siguientes **OBSERVACIONES**:

#### I.- PRELIMINAR

Esta institución considera que el Anteproyecto mantiene una configuración excesivamente homogénea del régimen estatutario que, aun siendo legítima como técnica de ordenación general, no incorpora de forma suficiente la singularidad objetiva del ejercicio médico y facultativo. **La profesión médica presenta elementos diferenciales jurídicamente relevantes que trascienden una mera categoría profesional: un itinerario formativo prolongado y reglado, responsabilidad clínica directa sobre decisiones diagnósticas y terapéuticas, continuidad asistencial, elevada exposición a carga mental y emocional, régimen singular de jornada y atención continuada,**

**responsabilidad deontológica y especial intensidad de las obligaciones de resultado organizativo vinculadas a la seguridad del paciente.**

**Estas singularidades exigen un tratamiento normativo coherente que, lejos de traducirse en un régimen más gravoso, evite toda situación de desigualdad o de discriminación respecto de los demás colectivos sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud. El mantenimiento de una jornada de guardia exclusiva del estamento facultativo constituye, precisamente, una de tales situaciones de trato desigual.**

**La adecuada consideración de aquellas particularidades no responde a una lógica corporativa ni de diferenciación injustificada, sino a la necesidad de construir un marco normativo más ajustado a la realidad asistencial y más eficaz para garantizar la calidad del servicio público sanitario.**

**No se trata de establecer privilegios regulatorios ni de introducir diferencias carentes de justificación objetiva. Se trata de reconocer que determinadas condiciones del ejercicio médico -la responsabilidad clínica directa, la continuidad asistencial, la intensidad formativa, la exposición acumulada a carga física y psicosocial, el régimen de atención continuada y el impacto de las decisiones clínicas sobre la seguridad del paciente- requieren una respuesta normativa específica, proporcionada y coherente con la realidad del sistema.**

**El fortalecimiento del estatuto profesional del médico no constituye una finalidad corporativa autónoma, sino una medida orientada al interés general. La evidencia organizativa demuestra que no existe calidad asistencial sostenible sin profesionales adecuadamente protegidos, ni seguridad del paciente compatible con modelos estructuralmente apoyados en la sobrecarga, ni capacidad de atraer y retener talento sanitario mediante marcos jurídicos que no reflejen adecuadamente la complejidad del ejercicio profesional.**

Desde esta perspectiva, el CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS considera necesario que durante la tramitación del Anteproyecto se incorporen mejoras que permitan reforzar el reconocimiento profesional, racionalizar el tiempo de trabajo, consolidar mecanismos efectivos de prevención de riesgos, favorecer el desarrollo profesional y avanzar hacia un modelo organizativo más sostenible.

## II.- PROPUESTAS DE MEJORA.

### II.- 1. CLASIFICACIÓN PROFESIONAL DIFERENCIADA.

**Se considera necesario revisar los criterios de clasificación previstos en el artículo 6 del Anteproyecto para incorporar, además del nivel académico formal, factores vinculados a la especialización efectiva, responsabilidad profesional, autonomía clínica y complejidad funcional.**

Habría de establecerse una clasificación profesional específica que tenga en cuenta la responsabilidad clínica, quirúrgica y asistencial inherente al ejercicio de la Medicina, diferenciando adecuadamente las competencias y funciones de las distintas profesiones sanitarias.

La ordenación profesional debe reflejar de forma proporcionada el nivel de exigencia técnica y la responsabilidad inherente al ejercicio médico dentro del Sistema Nacional de Salud.

- **Formación académica universitaria:** La formación elemental del médico comprende 6 años de estudio, con un total de 360 créditos ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), superando los 240 créditos de la mayoría de los grados, y los 300 créditos de algunos otros. Ningún otro profesional sanitario en nuestro país soporta una carga lectiva y formativa comparable.
  - **Correspondencia MECES Nivel 3:** Aunque la denominación oficial es "Grado", la carga lectiva y las competencias adquiridas equivalen al nivel de Máster en el MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior).
  - **Reconocimiento Europeo:** Esta formación clasifica, de forma directa, a la Medicina en el nivel 7 del Marco Europeo para la Educación (EQF). Este nivel 7 EQF facilita la movilidad profesional de los médicos españoles dentro de la Unión Europea, lo cual y ante el descontento actual del colectivo médico facilita la migración de nuestros profesionales médicos y la fuga de talento.
  
- **Examen MIR como garante de calidad:** los médicos españoles deben someterse una vez finalizados sus estudios de Grado a un examen de carácter nacional, el examen MIR, cuya preparación conlleva varios meses de estudio intensivo, condicionando un total aproximado de 7 unos años de estudios, sumados a la carrera universitaria. La superación de esta prueba de acceso se considera condición obligatoria para poder acceder a la formación médica especializada que determina la especialización en las distintas ramas de la medicina.

La formación médica de 10-12 años habilita para la toma de decisiones clínicas complejas que afectan directamente a la vida del paciente. La legislación de países de nuestro entorno reconoce esta posición. La ausencia de reconocimiento legal genera conflictos interprofesionales que perjudican la

seguridad del paciente, especialmente en contextos de urgencia donde la cadena de decisión debe ser inequívoca.

**Es necesaria una clasificación profesional que diferencie no sólo la formación, sino que se reconozca también el mayor nivel de responsabilidad que asume el médico con el paciente frente a otros grupos profesionales.**

El MECU y el MECES ofrecen un marco técnico de referencia para distinguir niveles de cualificación, formación superior, especialización, autonomía y responsabilidad. En particular, la profesión médica no puede ser valorada únicamente por la titulación universitaria inicial, sino también por la formación sanitaria especializada, la acreditación oficial de especialidad, la responsabilidad clínica y la función efectiva desempeñada en los servicios de salud.

#### **Propuesta de modificación:**

**Se propone que la clasificación profesional del personal médico y facultativo se articule sobre una combinación de criterios:**

- **titulación universitaria habilitante**
- **correspondencia con niveles MECU/MECES**
- **posesión, cuando proceda, de título oficial de especialista en ciencias de la salud**
- **grado de autonomía profesional**
- **responsabilidad clínica, diagnóstica, terapéutica, pronóstica y de continuidad asistencial**
- **complejidad técnica y científica de las funciones**
- **participación en docencia, investigación, formación sanitaria especializada, calidad asistencial y seguridad del paciente.**

**Esta clasificación diferenciada puede formularse sin quebrar el régimen básico del empleo público si se configura como una categoría, subcategoría, nivel funcional o agrupación profesional estatutaria propia, creada por ley y vinculada a criterios objetivos. En cambio, debería evitarse una formulación meramente nominal o retributiva que carezca de conexión suficiente con funciones, titulación, especialidad y responsabilidad.**

#### **Sobre la eventual creación de un nivel A1 plus o categoría equivalente:**

La creación de un eventual A1 plus, o denominación equivalente, puede ser jurídicamente defendible si se configura con precisión y dentro del marco legal básico.

El Estatuto Básico del Empleado Público establece el Grupo A y los subgrupos A1 y A2, por lo que una ley sectorial no debería presentar el A1 plus como una ruptura autónoma e incompatible con esa estructura básica. Sin embargo, sí cabe articular una categoría estatutaria específica, un nivel funcional superior, una agrupación profesional cualificada o una subclasificación sectorial dentro del ámbito A1 sanitario, por su fundamento objetivo y verificable, pues no pueden quedar diluidas las diferencias entre los grados de 240 créditos y los de medicinal de 360 créditos + MIR.

#### **Propuesta de modificación:**

- Incorporar en el Anteproyecto una fórmula normativa que, sin alterar indebidamente la estructura básica del EBEP, reconozca una clasificación específica para médicos y facultativos basada en:

- nivel MECU/MECES correspondiente a la titulación universitaria y, en su caso, a la formación de posgrado;
- título oficial de especialista en ciencias de la salud exigible al puesto;
- responsabilidad clínica directa;
- capacidad de dirección, coordinación o evaluación del proceso asistencial cuando proceda;
- exigencias de actualización científica, formación continuada y desarrollo profesional;
- impacto de la actividad profesional en la seguridad del paciente.

**En consecuencia, se solicita que el Anteproyecto incluya una habilitación legal expresa para crear una clasificación profesional diferenciada del personal médico y facultativo dentro del Grupo A1 sanitario, con la denominación que técnicamente se estime más adecuada, evitando que la opción terminológica eclipse el objetivo sustantivo: reconocer una realidad profesional singular y objetivamente diferenciada.**

## **II.- 2. COMPETENCIAS PROFESIONALES. DISPOSICIÓN FINAL TERCERA DEL ANTEPROYECTO. MODIFICACIÓN DE LA LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.**

**La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias configura las profesiones sanitarias en función de su responsabilidad en el proceso asistencial.**

Se dice en la Memoria de Análisis de Impacto Normativo (pág. 15) que la clasificación del personal estatutario por grupos de titulación incorporada al

Anteproyecto tiene efectos exclusivamente administrativos y retributivos, sin embargo, **puede observarse que en la Disposición adicional tercera del Anteproyecto (págs. 102 y 103) se incorpora una modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (en adelante LOPS), que cambia la redacción de su artículo 7, sobre competencias de los enfermeros y los fisioterapeutas.**

#### **ARTÍCULO 6 del Anteproyecto:**

***Artículo 6.- Clasificación de las categorías del personal estatutario con titulaciones en Ciencias de la Salud o de Formación Profesional del área sanitaria.***

Último párrafo:

*“La clasificación del personal estatutario por grupos de titulación tiene efectos exclusivamente en el ámbito de la planificación, ordenación y gestión de los recursos humanos, así como en la aplicación de criterios administrativos y retributivos. En ningún caso esta clasificación altera la jerarquía funcional ni las relaciones interprofesionales, que se regirán por lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.”*

Vemos, por tanto, que a pesar de lo que dice en su artículo 6, el anteproyecto no se limita a trasladar la nueva clasificación, sino que modifica la redacción de competencias del artículo 7 de la LOPS relativas a enfermeros y fisioterapeutas (en tipografía negrita cursiva señalamos los cambios introducidos en la LOPS por la Disposición final tercera del anteproyecto):

- a) Enfermeros: corresponde a los ~~Diplomados graduados~~ universitarios en Enfermería la dirección, evaluación, **seguimiento** y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades., **incluyendo la valoración y el diagnóstico de enfermería, las pruebas para su determinación, la indicación y aplicación terapéutica dentro del ámbito de su competencia.**
- b) Fisioterapeutas: corresponde a los ~~Diplomados graduados~~ universitarios en Fisioterapia la **dirección, evaluación y** prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de **tratamientos procedimientos terapéuticos** con medios y agentes físicos, **dirigidos dirigiéndose** a la **prevención, recuperación y, prehabilitación, habilitación, rehabilitación y readaptación** de personas con **patología, disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.**

Se hace necesario completar la reforma de la LOPS que lleva a cabo el anteproyecto con la mención de competencias y responsabilidades de los médicos y reconocer la responsabilidad específica de los médicos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral de los pacientes.

En este sentido habría de completarse la reforma del artículo 6.2 a) de la LOPS con un párrafo final lo referido a los médicos como responsables del diagnóstico, tratamiento y dirección del proceso asistencial y el seguimiento integral del paciente. Pues, el médico es el garante de la unidad de diagnóstico y tratamiento, sin perjuicio de la responsabilidad individual de cada profesional en su técnica o competencia específica.

Además, en correlación con el artículo 9 de la LOPS al que remite el artículo 6 del anteproyecto, que se refiere a relaciones interprofesionales y trabajo en

equipo y el actual artículo 4.7 de la LOPS, que en su apartado e) menciona la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria, debe abordarse de forma expresa en la LOPS la necesaria **coordinación y liderazgo del equipo multidisciplinar** del proceso asistencial al paciente y determinar que **la dirección clínica y la responsabilidad sobre el proceso asistencial completo recae en el médico. Para ello ha de establecerse de modo explícito la figura del “médico responsable” para asegurar una adecuada dirección del equipo asistencial y evitar conflictos interprofesionales** que perjudican la seguridad del paciente, especialmente en contextos de urgencia donde la cadena de decisión debe ser inequívoca.

Un Estatuto Marco destinado a ordenar y sostener nuestro modelo sanitario universal debe, necesariamente, contar con los líderes de los equipos multidisciplinarios y responsables últimos del acto médico, los médicos. Sin médicos no habrá nunca ni un modelo, ni un sistema sanitario sostenible, seguro y de calidad.

En un proceso asistencial que incluya “actos médicos” (diagnóstico, información al paciente, instauración del plan del tratamiento y sus modificaciones, realización de pruebas invasivas, cirugía...) el equipo multidisciplinar debe necesariamente actuar bajo el liderazgo o autoridad del **médico responsable del paciente**. El término de “médico responsable del paciente” aplica igualmente cuando existen varios médicos especialistas a los que se consulta, pues uno actuará como **responsable del acto médico integrado, que incluye entre otros, el diagnóstico, información al paciente y la decisión compartida con el paciente sobre el plan de tratamiento**.

### Propuesta de modificación:

**Completar la Disposición final tercera del anteproyecto sobre modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, añadiendo en:**

- el apartado a) del artículo 6.2 de la LOPS, un párrafo final para completar adecuadamente las funciones de los médicos como responsables del diagnóstico, tratamiento y dirección del proceso asistencial y el seguimiento integral del paciente (resaltado en negrita y cursiva):

a) Médicos: corresponde a los Graduados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

*El médico ejerce una función de coordinación y dirección del proceso asistencial. Todas las actividades de los demás profesionales sanitarios deben alinearse con el diagnóstico y plan terapéutico establecido por el médico responsable, quien asume la responsabilidad final de la atención al paciente.*

- añadir en el artículo 4.7 de la LOPS un nuevo apartado f) con esta redacción:

*“f) En la atención al paciente prevalecerá el criterio del médico responsable como garante de la unidad de diagnóstico y tratamiento, sin perjuicio de la responsabilidad individual de cada profesional en su técnica o competencia específica”.*

## II.- 3. JORNADAS, GUARDIAS.

**El Anteproyecto continúa aceptando implícitamente una elevada dependencia estructural de los sistemas de guardias como mecanismo ordinario de sostenimiento asistencial.**

El médico debe desempeñar con carácter obligatorio no voluntario una actividad profesional que desde el año 2003 se denomina “complementaria” pero que en realidad es una jornada “extraordinaria”, pues excede de la ordinaria.

Dicha jornada “complementaria” no se remunera como extraordinaria, sino por debajo de la remuneración horaria ordinaria.

Asimismo, dicha jornada “complementaria” está sometida a cotización a la Seguridad Social (sin efectos prácticos) y tributación fiscal, pero **no es computable como jornada laboral a efectos de tiempo trabajado para jubilación**. Esto supone en la práctica que el médico desempeña a lo largo de su carrera profesional entre 4 y 9 años de jornada laboral no reconocida con el consiguiente grave perjuicio.

Esta categoría autónoma, aplicada de forma prácticamente exclusiva al colectivo médico y facultativo no encuentra equivalente en el régimen del resto de profesionales del propio Sistema Nacional de Salud, cuyos excesos de jornada se articulan, sencillamente, como prolongación de la jornada ordinaria o como jornada extraordinaria.

La consecuencia es una desigualdad estructural difícilmente justificable: un único estamento -el facultativo- soporta en exclusiva una categoría de jornada adicional de carácter obligatorio, peor retribuida que la hora ordinaria y excluida del cómputo a efectos de jubilación, mientras el resto de los colectivos sanitarios que comparten centro, turno y necesidad asistencial

no conocen figura semejante. La misma hora de trabajo nocturno o festivo recibe, según quién la preste, un tratamiento jurídico y económico radicalmente distinto.

El Anteproyecto viene a suponer para los médicos y facultativos un régimen diferenciado, discriminatorio y más gravoso respecto del resto de los profesionales sanitarios.

El conjunto del ordenamiento laboral español -señaladamente el artículo 35 del Estatuto de los Trabajadores- no contempla una categoría equivalente a la guardia como régimen separado, sino que ordena todo exceso sobre la jornada ordinaria como hora extraordinaria, de carácter voluntario y retribuida o compensada en condiciones no inferiores a la hora ordinaria.

Resulta paradójico que el único colectivo de empleados públicos cuya jornada adicional se retribuye por debajo de su hora ordinaria sea, precisamente, aquel sobre el que recae la máxima responsabilidad asistencial. Esto proyecta sobre el colectivo médico una penosidad y una infravaloración que el resto de los profesionales no soportan.

Si bien, el Anteproyecto fija un límite de 17 horas de trabajo efectivo, sin embargo, el propio artículo 96 del anteproyecto incluye una excepción explícita que permite ampliar la jornada de guardia hasta las 24 horas continuadas en puestos de difícil cobertura o en fines de semana y festivos, siempre que exista consentimiento voluntario del trabajador e informe previo del servicio de prevención de riesgos laborales que no sea desfavorable.

Por tanto, **las guardias de 24 horas no desaparecen de facto** del ordenamiento jurídico. La combinación de voluntariedad y excepcionalidad puede convertirse en la práctica en una presión encubierta sobre los

profesionales en hospitales o zonas con plantillas deficitarias. Por ejemplo, en especialidades como la Anestesiología con escasez crónica de anestelistas en hospitales comarcales y periféricos, esta “excepcionalidad” provocará acudir a esta cláusula de excepción de forma sistemática, lo que perpetuará las jornadas de 24 horas en esos centros para poder asegurar la cobertura de las urgencias quirúrgicas.

Es necesario avanzar hacia la eliminación de las guardias de 24 horas de forma más determinante como medida de protección de la salud laboral, seguridad del paciente y calidad asistencial

**Esas guardias de larga duración -de hasta 24 horas- comprometen tanto la salud del profesional como la seguridad del paciente. La integración de la jornada de guardia en el régimen común de jornada permite aplicar de forma estricta los límites de jornada y los descansos legalmente exigibles.**

En conclusión, todos los estamentos sanitarios deberían compartir el mismo régimen de jornadas, divididas en ordinarias y extraordinarias voluntarias, de tal forma que toda hora trabajada se proteja, compute y retribuya por igual, independientemente de la profesión, sin que, en el Estatuto Marco común, se establezca una diferenciación sobre el colectivo médico y facultativo, diferenciación que, a la vista del texto del Anteproyecto, es totalmente discriminatoria desde el punto de vista jurídico, organizativo y económico.

Si, por el contrario, al establecer tal diferenciación discriminatoria respecto del colectivo médico y facultativo, lo es porque dicho colectivo posee singularidades que justifican un tratamiento distinto y diferenciado, lo lógico sería lo que ya se ha puesto de manifiesto en las presentes alegaciones, y es la real e imperiosa necesidad de consolidar un estatuto específico de médicos y facultativos, que

reconozca y recoja dichas singularidades del colectivo, para lo cual se deberá de contar con la colaboración, aportación y el necesario consenso con las corporaciones colegiales médicas, sociedades científicas y organizaciones sindicales.

**Propuesta de modificación:**

- **eliminar la categoría jurídica de «jornada de guardia»** como modalidad diferenciada de jornada. La supresión de la guardia como categoría permite equiparar su retribución a la de la hora extraordinaria, garantizar remuneraciones homogéneas y evitar la infravaloración del tiempo trabajado;
- **establecer un régimen único de jornada para todo el personal sanitario**, estructurado exclusivamente en jornada ordinaria y jornada extraordinaria de carácter voluntario. El resto del ordenamiento laboral español no reconoce una figura equivalente a la guardia como régimen separado, sino como tiempo de trabajo o, en su caso, como tiempo extraordinario;
- **computar todo el tiempo efectivamente trabajado** -incluido el que hoy se denomina guardia- como jornada ordinaria dentro del límite legal, y como jornada extraordinaria cuando lo exceda, con plena equiparación, a todos los efectos, con el resto de los profesionales sanitarios.

**Para el caso de que se mantuviera la actividad de guardia como jornada complementaria, diferenciada de la ordinaria y extraordinaria:**

- **debe recuperar una naturaleza excepcional y compatible con estándares adecuados de seguridad clínica;**

- solo podrá destinarse a la actividad de atención a la **urgencia**;
- su realización será **voluntaria**;
- **en ningún caso su retribución podrá ser inferior a la hora de la jornada ordinaria**;
- **reconocimiento y cómputo de las horas de guardia para la jubilación.**

### **Medidas de protección por edad para la exención de guardias nocturnas**

El Anteproyecto fija en 55 años la edad a partir de la cual puede solicitarse la exención de guardias. Este umbral ignora el impacto acumulado del trabajo nocturno prolongado, no refleja la evidencia científica disponible sobre fatiga y riesgo clínico, y sitúa a los profesionales en un escenario de desgaste ya avanzado.

#### **Propuesta de modificación:**

- **inicio de la reducción voluntaria: 46 años;**
- **exención completa: 50 años;**
- **articulación mediante un sistema progresivo de reducción proporcional a la edad.**

## **II.- 4.- ADAPTACIÓN DEL RÉGIMEN DE JUBILACIÓN A LAS CONDICIONES DEL EJERCICIO MÉDICO.**

Se propone introducir mecanismos que permitan valorar específicamente el impacto acumulado de factores como atención continuada, guardias, nocturnidad y exposición psicosocial sobre el desempeño prolongado.

Asimismo, se considera conveniente favorecer fórmulas de transición flexible hacia la jubilación que permitan compatibilizar sostenibilidad del sistema, transferencia de conocimiento y renovación generacional.

En lo relativo a los profesionales médicos, en bastantes casos, hablamos de profesionales que ya superan los 60 años de edad con una larga vida laboral, en muchos casos con más de 30 años de servicio.

Posibilitar la salida ordenada de estos profesionales evita situaciones de incapacidad temporal, facilita la adaptación y adecuación de puestos de trabajo por razones de salud laboral y abre el paso a la incorporación de nuevas generaciones.

Además, el ejercicio de la profesión médica desgasta la salud de forma prematura, debido al impacto de las guardias durante gran parte de su ejercicio profesional (mucho más que cualquier otro funcionario público), la nocturnidad y alteración de los ritmos circadianos por frecuentes jornadas nocturnas de las guardias, el elevado riesgo psicosocial por la alta responsabilidad de su ejercicio, y la exposición constante a riesgos biológicos, químicos y físicos...etc. Lo que nos lleva a la exigencia de solicitar que a profesión médica sea declarada profesión de riesgo y se apliquen coeficientes reductores para la jubilación anticipada. Por ello,

**Propuesta de modificación:**

- **reconocimiento y cómputo de las horas de guardia para la jubilación;**
- **jubilación anticipada:** reconocimiento de la penosidad de realizar jornadas de trabajo superiores a la jornada ordinaria, que permita la

jubilación anticipada sin penalizaciones;

- **jubilación parcial** para el personal estatutario;
- **consideración de la profesión médica y facultativa como profesión de riesgo.** El ejercicio médico comporta una elevada carga física y mental y una exposición continuada a riesgos biológicos y psicosociales. Incorporación al Anteproyecto de una nueva Disposición adicional que establezca que el Ministerio de Sanidad, en coordinación con el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, iniciará en el plazo máximo de seis meses desde la aprobación de esta Ley los estudios de siniestralidad, penosidad y toxicidad del colectivo facultativo del SNS, al objeto de establecer los coeficientes reductores que permitan la jubilación anticipada a los 60 años sin pérdida de derechos retributivos, en atención a la consideración de la profesión médica como profesión de riesgo.

## II.- 5. FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### **Formación médica continuada**

Hoy se configura como una realidad de los profesionales la falta de tiempo real para el desarrollo de la formación médica continuada, imprescindible para garantizar la excelencia del sistema sanitario.

Durante el ejercicio de su profesión y hasta el último día del mismo, el médico debe continuar una labor de desarrollo profesional continuo que le permita estar actualizado en los constantes avances de la Medicina en el campo del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Dicha formación continuada es esencial para el correcto funcionamiento de la sanidad y prestar una atención de calidad y excelencia al paciente. Esta formación continuada se desarrolla

habitualmente fuera de la jornada laboral, en el tiempo personal del médico, no estando en la mayor parte de los casos promovida ni financiada por los organismos públicos encargados de la gestión sanitaria ni de la educación, sino que corren habitualmente a cuenta de las Sociedades Científicas, la industria farmacéutica, o a cuenta del propio profesional médico. La formación médica continuada es el motor que mantiene el adecuado funcionamiento de la sanidad, y su ausencia supondría la obsolescencia del sistema y el deterioro progresivo en los cuidados de la salud ofrecidos a la población.

La actualización científica permanente es consustancial al ejercicio de la medicina. Y así viene reconocido en el **Código de Deontología Médica**:

**Artículo 77.1.- La formación médica continuada es un deber deontológico, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional.**

### **Investigación científica**

El médico es el actor principal y único de la investigación científica en medicina: es el promotor, ejecutor y analista de la misma, y en general dicha tarea se desempeña como acto vocacional altruista del profesional, no estando reconocida en las jornadas ni los contratos laborales que regulan la profesión. Sin investigación médica no existe avance ni progreso. Sin ciencia médica no hay esperanza. La ciencia es la principal fuente de progreso de la humanidad, cimentada en el pensamiento crítico y el cuestionamiento de la verdad existente. En otros países la investigación en medicina ostenta un elevado reconocimiento y prestigio, sabiéndose garante de una atención médica de excelencia, y la principal fuente de progreso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

La investigación es un factor primordial para la sostenibilidad del sistema sanitario.

**Es necesario potenciar el reconocimiento efectivo de la actividad investigadora y de formación continuada como elementos integrantes del desempeño ordinario de la profesión médica y como instrumentos de mejora de la calidad asistencial.**

**Propuesta de modificación:**

**En el Anteproyecto se habría de garantizar un tiempo mínimo dentro de la jornada ordinaria para el desarrollo de las actividades de formación continuada e investigación, porque son esenciales en el ejercicio médico.**

**II.- 6. RECONOCIMIENTO ESTATUTARIO DE LA FIGURA DEL TUTOR DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.**

Pese a la importancia que el propio Anteproyecto reconoce a la docencia y a la investigación, el texto omite por completo la regulación de la figura del tutor de Formación Sanitaria Especializada.

**En la actualidad, la función tutorial descansa esencialmente sobre la voluntariedad del facultativo, sin que el régimen estatutario garantice ni una descarga efectiva de la jornada asistencial ordinaria para el desempeño de las tareas de supervisión, evaluación y docencia, ni una retribución específica homogénea a nivel estatal.** La consecuencia es una notable desigualdad entre comunidades autónomas y un riesgo cierto para la sostenibilidad del modelo formativo.

La calidad del modelo de Formación Sanitaria Especializada, reconocido internacionalmente, depende de manera directa del tiempo y de los recursos que el tutor pueda dedicar al residente. Confiar el sostenimiento de este modelo a la mera buena voluntad o a regulaciones autonómicas heterogéneas compromete su sostenibilidad.

**La regulación básica de la figura del tutor evita las actuales diferencias interterritoriales y garantiza un trato homogéneo a quienes desempeñan funciones idénticas en distintos servicios de salud.**

El artículo 11 del Real Decreto 183/2008 atribuye al tutor la responsabilidad directa de la programación, supervisión y evaluación continuada del residente, así como la elaboración de las correspondientes memorias.

El artículo 12 prevé que las comisiones de docencia y los servicios de salud reconozcan estas funciones, pero remite su concreción al desarrollo autonómico, lo que ha generado en la práctica un mosaico de regímenes heterogéneos y, en muchos casos, manifiestamente insuficientes.

**Propuesta de modificación:**

**- incorporación al Anteproyecto, dentro del capítulo dedicado a la docencia, la formación y la investigación, de una sección o disposición específica que reconozca el estatuto del tutor de Formación Sanitaria Especializada y que garantice, con carácter básico y de aplicación uniforme en todo el Sistema Nacional de Salud, los siguientes contenidos mínimos:**

- Descarga efectiva de jornada. Reducción de la jornada asistencial ordinaria del tutor en un porcentaje no inferior al 15 %, proporcional al número de residentes a su cargo, para el desempeño de las funciones de

programación, supervisión, evaluación y docencia previstas en los artículos 11 y 12 del Real Decreto 183/2008.

- Complemento retributivo específico por tutoría. Establecimiento de un complemento retributivo homogéneo en todo el Estado, vinculado a la efectiva acreditación de la condición de tutor y a la evaluación periódica del desempeño docente.
- Reconocimiento expreso en carrera profesional. Valoración de la función tutorial como mérito específico a efectos de carrera profesional, concursos de traslados y procesos selectivos.
- Cobertura de la responsabilidad. Reconocimiento explícito del incremento de responsabilidad jurídica y administrativa que comporta la función tutorial y de las correspondientes garantías estatutarias.

## II.- 7. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DEL PROFESIONAL

Este Consejo General valora especialmente que el Anteproyecto incorpore por primera vez referencias expresas a la carga horaria excesiva y a la salud laboral.

### **Propuesta de modificación:**

No obstante, **se considera necesario reforzar su alcance operativo mediante:**

- **Evaluación preventiva obligatoria ante exposiciones mantenidas a jornadas prolongadas.**
- **Seguimiento específico del impacto de la nocturnidad y atención continuada.**
- **Incorporación de indicadores de riesgo psicosocial, incluidas las agresiones, y fatiga profesional.**

- **Adopción de medidas organizativas correctoras cuando concurren situaciones persistentes de sobrecarga. Los informes del servicio de prevención que aprecien carga horaria excesiva obligarán a la dirección del centro a aprobar un plan de corrección en el plazo máximo de 6 meses.**
- **Revisión periódica de plantillas y agendas asistenciales.**
- **Integración expresa del principio de seguridad del paciente como elemento asociado a la protección del profesional. La prevención debe configurarse como un instrumento de gestión sanitaria y no exclusivamente como una obligación formal de cumplimiento.**

## **II.- 8. REVISIÓN DEL RÉGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES DE LOS CARGOS INTERMEDIOS CON EL EJERCICIO PROFESIONAL EN EL SECTOR PRIVADO, DESDE LOS PRINCIPIOS DE PROPORCIONALIDAD Y ATRACCIÓN DEL TALENTO.**

Se considera oportuno revisar el régimen de incompatibilidades para garantizar un equilibrio adecuado entre dedicación al servicio público y desarrollo profesional. Las limitaciones deberán responder a conflictos reales y objetivables con el interés público y evitar restricciones desproporcionadas que dificulten la retención del talento médico.

El Anteproyecto establece un régimen de incompatibilidad para los cargos intermedios sanitarios, entre ellos, jefes de servicio, jefes de sección y puestos análogos que impide el desempeño simultáneo de actividades asistenciales en el sector privado.

Esta previsión supone una restricción singular del ejercicio profesional que afecta precisamente a facultativos que han accedido a dichos puestos por mérito, capacidad, experiencia y cualificación profesional acreditada.

La mera condición de jefe de servicio o jefe de sección no implica necesariamente la existencia de conflictos de interés que justifiquen la prohibición absoluta de actividad privada.

La incompatibilidad propuesta no se vincula a la existencia de conflictos de interés concretos ni a la concurrencia de circunstancias individualizadas que puedan comprometer la imparcialidad en el ejercicio de sus funciones, sino que opera de manera automática por la mera ocupación del puesto.

El ordenamiento jurídico ya dispone de mecanismos adecuados para evitar situaciones incompatibles mediante la Ley 53/1984, los procedimientos de autorización administrativa, los deberes de abstención y las normas de transparencia. La prohibición generalizada resulta, por tanto, innecesaria y redundante respecto de las herramientas de control ya existentes.

La consecuencia práctica es que el acceso a responsabilidades de gestión clínica o liderazgo asistencial se convierte en un factor de penalización profesional y económica, desincentivando la participación de facultativos altamente cualificados en la provisión de cargos intermedios y dificultando la cobertura de estas plazas.

En un contexto de déficit de especialistas y de dificultades crecientes para la cobertura de puestos de responsabilidad, la medida resulta contraria a los objetivos de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

**Propuesta de modificación:**

- **Supresión de la incompatibilidad automática para los cargos intermedios sanitarios;**
- mantener para dichos puestos el régimen general de compatibilidades previsto en la Ley 53/1984;

- evaluación individualizada de los posibles conflictos de interés mediante el procedimiento ordinario de autorización de compatibilidad;
- reservar la dedicación exclusiva obligatoria únicamente para aquellos puestos directivos que, por sus competencias en materia de contratación, planificación estratégica, concertación, derivación de pacientes o gestión económica, puedan generar conflictos de interés objetivos y relevantes.

## **II.- 9. REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN MATERIAS PROFESIONALES**

Este Consejo General solicita que el Anteproyecto refuerce la participación institucional de la organización médica colegial en todas aquellas materias que afecten a la ordenación profesional de la medicina, sin confundir dicha participación con la representación laboral o sindical.

Los colegios profesionales no sustituyen a las organizaciones sindicales ni deben asumir funciones propias de negociación colectiva. No obstante, sí ostentan una función pública de representación institucional de la profesión, ordenación del ejercicio profesional, defensa de la deontología, colaboración con la Administración y protección de los usuarios de los servicios profesionales.

La representación colegial sanitaria no es una actividad privada ni meramente corporativa: forma parte del sistema de garantías públicas del ejercicio profesional, de la deontología médica, de la seguridad del paciente y de la colaboración institucional con las Administraciones sanitarias. Por ello, el Estatuto Marco debe ofrecer un cauce jurídico específico que permita compatibilizar el servicio asistencial con el desempeño efectivo de estas funciones.

Por ello, se propone que el Anteproyecto prevea mecanismos de consulta o participación de la organización médica colegial en materias tales como:

- definición de funciones profesionales médicas;
- formación sanitaria especializada y formación continuada;
- desarrollo profesional vinculado a competencia, calidad y seguridad clínica;
- estándares de ejercicio profesional;
- prevención del intrusismo y garantía de habilitación profesional;
- seguridad del paciente y calidad asistencial;
- planificación profesional cuando afecte a competencias, especialidades o ámbitos funcionales médicos.

Y se propone añadir un nuevo apartado al artículo 101, “Régimen de festivos y permisos”, con la siguiente redacción:

**“El personal estatutario que ostente cargos electivos en Colegios Profesionales sanitarios, Consejos Autonómicos o Consejos Generales de profesiones sanitarias de colegiación obligatoria podrá ser autorizado, previa solicitud de la corporación colegial correspondiente y acreditación de la dedicación requerida, a disfrutar de permisos, reducciones de jornada o dispensas parciales o totales de actividad asistencial para el adecuado desempeño de sus funciones”.**

## **II.- 10. ÁMBITO DE NEGOCIACIÓN PROPIO A LA CATEGORÍA PROFESIONAL MÉDICA.**

Sin perjuicio de la técnica legislativa que se estime procedente para garantizar un ámbito de negociación de la profesión médica, **se propone incorporar al Anteproyecto una previsión con el siguiente contenido sustantivo:**

*“Dentro del régimen común del personal estatutario de los servicios de salud, la ley reconocerá las especificidades profesionales del personal médico y facultativo derivadas de su titulación habilitante, formación sanitaria especializada, responsabilidad clínica, autonomía profesional, funciones diagnósticas, terapéuticas, pronósticas, docentes, investigadoras, y de garantía de la seguridad del paciente. La clasificación profesional del personal médico y facultativo atenderá, además de a la situación exigida para el acceso, al nivel de cualificación conformes a los marcos MECU/MECES, a la posesión del título oficial de especialistas en ciencias de la salud cuando resulte exigible, a la complejidad técnica de las funciones, a la responsabilidad clínica asumida y a la incidencia de su actividad en la calidad y seguridad asistencial.*

*La Administración sanitaria consultará a la organización médica colegial, en los términos legales previstos, en aquellas disposiciones, planes o medidas que afecten a la ordenación profesional de la medicina, a la formación médica, a la competencia profesional, a la deontología, a la seguridad del paciente y a la calidad asistencial, sin perjuicio de las competencias propias de la representación sindical y de los órganos de negociación colectiva en materia laboral”.*

En virtud de lo expuesto, la futura regulación del personal estatutario debe aspirar no únicamente a ordenar relaciones laborales, sino a constituirse como una verdadera herramienta de política sanitaria al servicio de tres objetivos inseparables: la protección de los profesionales, la excelencia asistencial y la garantía del derecho de los ciudadanos a recibir una atención sanitaria segura, accesible y de calidad.

Con ese espíritu constructivo y de colaboración institucional, el **CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS** formula las presentes observaciones y manifiesta su disposición a participar en el desarrollo de una regulación que fortalezca simultáneamente la profesión médica y el Sistema Nacional de Salud y

**SOLICITA:** se tenga por presentado este escrito de observaciones al ANTEPROYECTO DE LEY DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (versión 5 junio 2026) en tiempo y forma y se proceda a su admisión y consideración en el curso de la tramitación normativa, incorporando al texto definitivo las modificaciones procedentes a la vista de las contribuciones realizadas.

Madrid, a 26 de junio de 2026.

EL PRESIDENTE