

ALEGACIONES DEL CONSEJO DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE CATALUÑA AL ANTEPROYECTO DE LEY DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

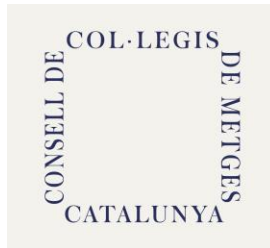
El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, corporación profesional de derecho público que agrupa y coordina a los cuatro colegios de médicos de Cataluña, y en ejercicio de sus funciones de representación y defensa de la profesión médica, formula ante el MINISTERIO DE SANIDAD, en el trámite de audiencia e información pública, las siguientes alegaciones al Anteproyecto de Ley:

1.- Consideración general: insuficiente reconocimiento de la singularidad de la profesión médica

Esta corporación profesional valora positivamente que se aborde una actualización del régimen estatutario del personal de los servicios de salud.

Sin embargo, debemos manifestar un **desacuerdo general con el enfoque del Anteproyecto**, en la medida en que mantiene una regulación común que no da respuesta suficiente a las singularidades estructurales, formativas, asistenciales, de responsabilidad profesional y de ordenación del tiempo de trabajo que caracterizan a la profesión médica.

La profesión médica no constituye una categoría laboral indiferenciada dentro del conjunto del personal sanitario. Su ejercicio exige una formación universitaria de máxima intensidad, una formación sanitaria especializada prolongada y selectiva, una responsabilidad clínica directa en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y evaluación integral de los procesos asistenciales,

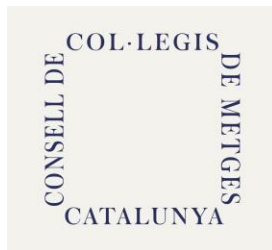


así como una disponibilidad organizativa que, históricamente, ha descansado en la realización de guardias, jornadas prolongadas y actividad asistencial fuera del horario ordinario.

Pero la singularidad de la profesión médica no supone únicamente una realidad sociológica u organizativa, sino una categoría expresamente reconocida por nuestro ordenamiento jurídico: la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), configura un sistema basado en profesiones sanitarias diferenciadas, atribuyendo a cada una de ellas ámbitos competenciales propios y distintos niveles de responsabilidad.

En particular, la LOPS reconoce a la profesión médica una posición singular dentro del sistema sanitario, caracterizada por la capacidad de diagnóstico, indicación terapéutica, tratamiento y evaluación clínica de los pacientes, así como por la asunción de responsabilidades directas sobre decisiones que afectan a la vida, la integridad física y la salud de las personas. Asimismo, el modelo diseñado por la LOPS descansa sobre la formación sanitaria especializada como elemento esencial para el ejercicio profesional en la mayor parte de los ámbitos asistenciales.

En consecuencia, si el propio legislador ha reconocido la especificidad funcional, competencial y formativa de la profesión médica, resulta coherente que dicha singularidad tenga también reflejo en la regulación estatutaria. La homogeneización normativa de colectivos con diferentes niveles de formación, responsabilidad y funciones puede resultar adecuada para determinadas materias comunes, pero no debería impedir la existencia de soluciones diferenciadas cuando la naturaleza de la actividad profesional así lo exige.



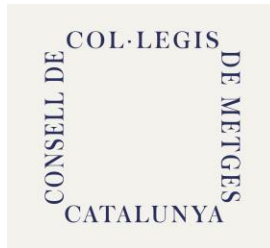
Por tanto, la reforma proyectada debería partir de una premisa distinta: **la necesidad de un estatuto propio para la profesión médica**, o, al menos, de un Título específico dentro del nuevo Estatuto Marco que regule de manera completa y diferenciada sus condiciones esenciales.

Esta exigencia no responde a una mera pretensión corporativa, sino a una necesidad funcional del Sistema Nacional de Salud: ordenar adecuadamente las condiciones de quienes soportan una parte esencial de la responsabilidad clínica, garantizar la seguridad de los pacientes y asegurar la sostenibilidad de las plantillas médicas.

En este sentido se han pronunciado ya numerosas organizaciones profesionales, sindicales y científicas, reclamando la necesidad de articular ese marco específico que permita afrontar adecuadamente los retos actuales del sistema sanitario.

La ausencia de este tratamiento propio tiene consecuencias prácticas. Si la norma no distingue suficientemente la posición del médico, corre el riesgo de reproducir los problemas que precisamente debería corregir: pérdida de especificidad profesional, insuficiente reconocimiento de la responsabilidad clínica, inadecuada clasificación profesional, desajuste retributivo, sobrecarga de jornada, déficits de descanso y dificultades crecientes de retención y atracción del talento médico.

Por ello, esta corporación considera que la tramitación del Anteproyecto constituye una oportunidad para avanzar hacia un reconocimiento normativo más adecuado de la singularidad de la profesión médica, ya sea mediante un estatuto propio o, subsidiariamente, mediante una regulación específica dentro del Estatuto Marco que contemple, entre otros aspectos, la clasificación profesional, la formación especializada, la jornada, las guardias, la carrera profesional o el régimen retributivo; y hacerlo bajo el



marco competencial que permita su adaptación a las necesidades e idiosincrasia de cada comunidad autónoma.

2.- Sobre la clasificación profesional: necesidad de un adecuado reconocimiento de la formación, especialización y responsabilidad médica

Un segundo eje de estas alegaciones se refiere a la **clasificación del personal estatutario**.

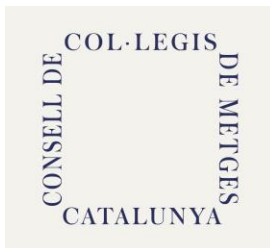
La exposición de Motivos del Anteproyecto es poco elocuente al respecto:

La ley también moderniza la clasificación profesional, adaptándola al Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente y a la formación especializada en ciencias de la salud. Esta clasificación tiene carácter administrativo y busca ordenar las categorías de forma coherente con la evolución de las profesiones sanitarias y del sistema educativo.

Entendemos que, a pesar del carácter “administrativo” que se pretende dar a la clasificación –y por tanto no constitutiva a efectos académicos, por ejemplo-, se basa en un sistema no creado a tal fin.

El Anteproyecto opta por una clasificación basada en el nivel académico del título exigido para el ingreso, tomando como referencia el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente –MECU- y su correspondencia con el MECES en el ámbito universitario, clasificando las categorías profesionales sanitarias en distintos grupos (hasta 8).

Sin perjuicio de que el recurso a los marcos de cualificaciones pueda resultar útil como referencia ordenadora, este Consejo considera que el planteamiento proyectado es **insuficiente y potencialmente perjudicial para los médicos**, en especial para los médicos especialistas, si no se corrige en

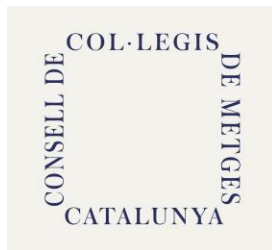


profundidad. La clasificación profesional sanitaria no puede construirse únicamente desde una equivalencia formal de titulaciones académicas. Debe incorporar también la capacitación profesional habilitante, la formación sanitaria especializada, la responsabilidad clínica efectiva, la complejidad de las funciones desempeñadas y la posición del médico en el proceso asistencial.

Es innegable que la clasificación profesional constituye uno de los elementos estructurales del régimen estatutario, dado que condiciona no sólo el acceso a las categorías profesionales, sino también la carrera profesional, la movilidad, la provisión de puestos, las retribuciones y la posición organizativa dentro de los equipos asistenciales. Por ello, una clasificación que no refleje adecuadamente la formación sanitaria especializada y la responsabilidad clínica efectiva puede producir efectos distorsionadores incompatibles con la realidad funcional del Sistema Nacional de Salud.

El propio Anteproyecto reconoce que la formación especializada en ciencias de la salud complementa el MECU para establecer una clasificación más realista y adaptada a los perfiles profesionales del Sistema Nacional de Salud. La incorporación del periodo de formación en ciencias de la salud permite, además, complementar al MECU para así establecer una clasificación más realista y adaptada a los perfiles profesionales del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, dicha afirmación debe traducirse en consecuencias normativas claras, no meramente declarativas. La formación sanitaria especializada —y singularmente la formación MIR— no puede quedar absorbida o diluida en una clasificación general que no refleje su intensidad, duración, carácter habilitante y repercusión directa en la responsabilidad asistencial.

La propuesta del Anteproyecto presenta, por tanto, un déficit fundamental al no tener suficientemente en cuenta la capacitación derivada de las distintas titulaciones y al apoyarse en un sistema EQF/MEC (*European*



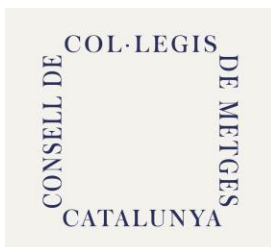
Qualifications Framework –Marco Europeo de cualificaciones) que no fue creado para clasificar profesionalmente al personal sanitario estatutario.

Precisamente porque la formación sanitaria especializada no tiene carácter universitario en sentido estricto -pese a ser imprescindible para el ejercicio profesional especializado-, se evidencian las limitaciones del MECU y del MECES como criterios exclusivos o predominantes para la clasificación profesional del personal sanitario estatutario.

Por ello, la futura norma debe evitar que la aplicación mecánica de MECES/MECU produzca una **infravaloración del médico especialista**. El título de especialista en Ciencias de la Salud no es un mérito adicional ni un elemento accesorio: es, en la práctica, el presupuesto habilitante para el ejercicio de una parte sustancial de las funciones médicas en el Sistema Nacional de Salud. Su obtención exige superar un proceso selectivo nacional, desarrollar varios años de formación asistencial reglada, asumir progresivamente responsabilidad clínica y acreditar competencias profesionales complejas.

Desde esta perspectiva, se propone que la clasificación profesional incorpore, al menos, los siguientes criterios:

- **Reconocimiento normativo expreso de la formación sanitaria especializada** como elemento estructural de clasificación, y no solo como complemento del nivel académico.
- **Diferenciación clara entre profesionales sanitarios con y sin título de especialista**, evitando que categorías con responsabilidades clínicas y exigencias formativas distintas queden indebidamente equiparadas.
- **Ubicación de médicos y facultativos especialistas en el grupo superior que corresponda**, con una denominación y régimen que reflejen su nivel formativo, responsabilidad, autonomía profesional y función asistencial.



- **Garantía de neutralidad** no peyorativa, de modo que la nueva clasificación no pueda comportar pérdida de derechos, expectativas profesionales, progresión, retribuciones básicas o complementarias, carrera profesional o reconocimiento administrativo.
- **Vinculación real entre clasificación y retribución**, evitando que el nuevo sistema sea meramente nominal o que se difiera indefinidamente su impacto económico.

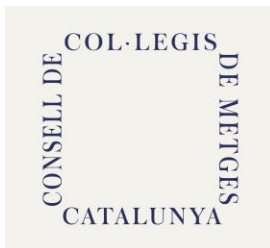
En definitiva, este Consejo solicita que el Anteproyecto sea modificado para que la clasificación profesional no sea una mera traslación formal de niveles MECU/MECES, sino un sistema propio y sanitario que reconozca la especificidad del ejercicio médico, la formación especializada, la responsabilidad clínica y la necesidad de proteger particularmente la posición de los médicos especialistas.

3.- Sobre la necesidad de una valoración global del concepto de guardia sanitaria y su futura implantación normativa

El tercer eje de estas alegaciones se refiere al régimen de **guardias médicas**.

El Anteproyecto introduce determinadas previsiones sobre jornada de guardia, límites máximos, descansos, jornada semanal y guardias localizadas. Así, el texto considera la jornada de guardia como tiempo adicional a la jornada ordinaria, con objeto de atender la urgencia y garantizar la continuidad asistencial.

También prevé, con carácter general, un límite de 17 horas de trabajo efectivo, ampliable excepcionalmente hasta 24 horas continuadas con consentimiento expreso, voluntariedad e informe del servicio de prevención de riesgos laborales. Excepcionalmente, con el consentimiento expreso de los trabajadores afectados, de manera voluntaria y previo informe del



servicio de prevención de riesgos laborales, la jornada de guardia podrá ampliarse hasta 24 horas continuadas, para aquellos puestos identificados como de difícil cobertura o en el caso de fines de semana y festivos.

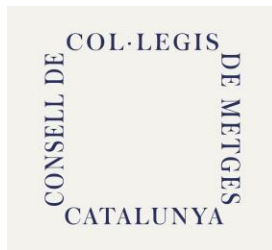
No obstante, esta corporación considera que la cuestión de las guardias no puede resolverse mediante una mera reducción de horas o mediante ajustes parciales del régimen de descansos. Es necesaria una **valoración global del concepto de guardia sanitaria**, previa a su implantación normativa definitiva, que analice qué actividad debe cubrirse mediante guardia, qué actividad debe organizarse mediante turnos, qué parte del trabajo nocturno o festivo debe considerarse ordinario en determinados dispositivos, qué límites deben operar por razones de salud laboral y seguridad clínica, y cómo deben retribuirse y computarse todas las horas efectivamente trabajadas.

Es fácil convenir que la guardia tiene por objeto prestar atención sanitaria a procesos urgentes, emergentes o no diferibles durante las 24 horas del día y los 365 días del año. Sin embargo, advertimos que el modelo de guardia no ha sido repensado ni revisado durante años, a diferencia de lo ocurrido en otras profesiones o actividades esenciales.

La realidad asistencial actual demuestra que bajo la denominación de guardia se incluyen situaciones muy distintas: atención urgente hospitalaria, continuidad asistencial en servicios con actividad permanente, cobertura de incidencias, atención localizada, actividad nocturna o festiva de alta intensidad y, en ocasiones, prolongaciones estructurales de jornada que sustituyen déficits de plantilla.

Esta heterogeneidad aconseja no consagrar un concepto único y rígido, sino establecer una regulación marco que permita distinguir:

- **Guardia presencial de urgencia o continuidad asistencial**, vinculada a actividad no demorable.

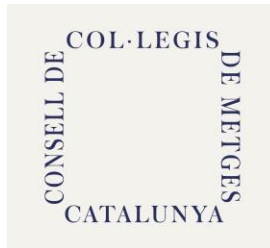


- **Guardia localizada**, con reglas específicas sobre disponibilidad, activación, cómputo, descanso y compensación.
- **Trabajo nocturno, festivo o a turnos en dispositivos de actividad continuada**, que puede requerir una organización distinta de la guardia tradicional.
- **Modelos alternativos de “guardia corta” o turnos reforzados**, especialmente en entornos de alta actividad asistencial.

Sugerimos, así, que el modelo de turnos o “guardia corta” puede constituir una alternativa al modelo tradicional, en la medida en que permite extender la jornada laboral incluyendo noche y festivo como jornada ordinaria laboral, siempre que se acompañe de una adecuada regulación de cómputo, retribución, descanso y dotación de profesionales.

La revisión del modelo de guardias debe abordarse desde una perspectiva integral que combine la protección de la salud laboral de los profesionales, la seguridad clínica de los pacientes y la sostenibilidad organizativa de los servicios sanitarios, y cuya regulación futura debería debe apoyarse en varios principios indisponibles:

- **Cómputo íntegro y transparente del tiempo de trabajo**, evitando que determinadas horas queden infravaloradas o excluidas a efectos profesionales, retributivos o de protección social.
- **Retribución adecuada y diferenciada** de la actividad nocturna, festiva, urgente o de especial penosidad, sin que la hora de guardia pueda resultar peor valorada que la hora ordinaria.
- **Descanso efectivo, retribuido y no recuperable indebidamente**, tras jornadas de especial intensidad o duración.
- **Voluntariedad o, al menos, limitación estricta de la obligatoriedad**, especialmente a partir de determinadas edades, situaciones de salud, conciliación o acumulación de carga horaria.

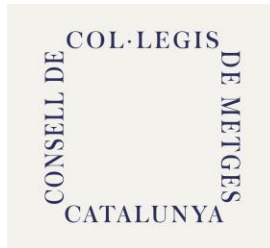


- **Evaluación preventiva de riesgos laborales**, no como trámite formal, sino como garantía real frente a jornadas excesivas, mala alternancia, acumulación de turnos penosos o fatiga profesional.
- **Planificación suficiente de plantillas**, evitando que las guardias funcionen como mecanismo estructural de cobertura de déficits ordinarios.

Subrayamos que en ambos modelos -guardia tradicional o modelos alternativos- la hora trabajada en noche y festivo debería contemplar una retribución correcta y ser computable a efectos de incapacidad temporal y jubilación. También destacamos que cualquier alternativa debe atender al bienestar profesional, asegurar una retribución acorde con la actividad y la responsabilidad, evitar jornadas diarias o anuales excesivas y garantizar descansos.

Por ello, esta corporación solicita que el Anteproyecto no cierre prematuramente un régimen de guardias, sino que prevea una **disposición específica de desarrollo normativo**, previa negociación con la representación médica, destinada a definir un modelo estatal básico de guardias y atención continuada, amén de las competencias autonómicas. Dicho desarrollo debería abordar, al menos, los siguientes extremos:

1. Definición diferenciada de guardia presencial, guardia localizada, atención continuada, trabajo nocturno/festivo y trabajo a turnos.
2. Límites máximos anuales, mensuales y semanales de guardias, con mecanismos efectivos de control.
3. Régimen de descansos obligatorios, retribuidos y no penalizadores.
4. Cómputo de las horas de guardia y localización a efectos de jornada, carrera profesional, incapacidad temporal, jubilación y demás derechos profesionales.



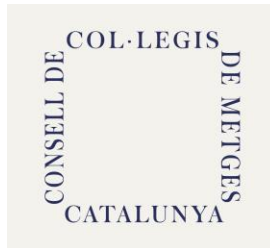
5. Retribución mínima homogénea y suficiente de la hora de guardia, con especial valoración de nocturnidad, festividad, penosidad y responsabilidad.
6. Reglas sobre voluntariedad, exención y adaptación por edad, salud, embarazo, lactancia, conciliación y carga laboral excesiva.
7. Implantación progresiva de modelos alternativos de turnos o guardias cortas en dispositivos de alta actividad, con financiación suficiente y refuerzo de plantillas.
8. Evaluación periódica del impacto del modelo en seguridad del paciente, continuidad asistencial, salud laboral, retención de profesionales y sostenibilidad organizativa.

La regulación de las guardias debe dejar de concebirse como un complemento marginal de jornada. En muchos ámbitos constituye una pieza esencial de la organización asistencial y una fuente principal de sobrecarga, penosidad y desgaste profesional. Por ello, consideramos que su tratamiento normativo debería ser completo, prudente y participado, evitando soluciones uniformes que no atiendan a la diversidad de servicios, centros y niveles asistenciales, o necesidades territoriales.

4.- Sobre el régimen de incompatibilidades de los cargos intermedios

Debemos manifestar nuestro desacuerdo a la regulación proyectada de las incompatibilidades para los cargos intermedios, en los términos previstos en el artículo 35.1 del Anteproyecto, en relación con la definición amplia de cargos intermedios contenida en su artículo 15.

El Anteproyecto considera cargos intermedios los puestos de jefatura y otros puestos que, además de las funciones propias de su categoría profesional, incorporan funciones de planificación, dirección, coordinación, gestión y supervisión de medios personales y materiales asignados a la unidad correspondiente.

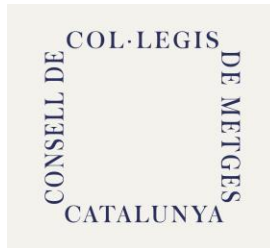


Esta definición incluye, entre otros, supuestos como las jefaturas de servicio hospitalario, que no deberían equipararse sin más a puestos directivos profesionales ni quedar sometidos a una restricción reforzada y generalizada de compatibilidad con la actividad privada. En particular, el artículo 35.1 dispone que los cargos intermedios recogidos en la ley no podrán compatibilizar una segunda actividad o puesto en el sector privado, salvo las excepciones contempladas en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

A juicio de este Consejo, esta previsión introduce una restricción que, por su formulación general, puede resultar desproporcionada y perjudicial para profesionales médicos que asumen responsabilidades organizativas intermedias sin dejar de ser, esencialmente, facultativos asistenciales.

Las jefaturas de servicio y demás cargos intermedios médicos cumplen, claro está, funciones de coordinación clínica, organización interna, supervisión de equipos y garantía de calidad asistencial, pero ello no justifica que se altere de forma indiscriminada el régimen general de incompatibilidades hoy aplicable al conjunto del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

Además, la singular medida propuesta puede perjudicar eventualmente al propio sector sanitario en general, cuando la escasez de médicos en determinadas especialidades hace deseable su dedicación asistencial también en el sector privado, bajo las condiciones actuales de compatibilidad. Y, en fin, la restricción proyectada frustraría igualmente las aspiraciones de ascenso de muchos facultativos, al ver vedado el camino a una eventual actividad privada futura.

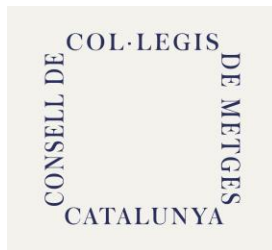


Por tanto, se solicita la supresión o reformulación del artículo 35.1 en lo que afecta a los cargos intermedios médicos, de modo que las jefaturas de servicio hospitalario y puestos análogos continúen sometidos al régimen vigente de incompatibilidades de la Ley 53/1984, sin perjuicio de las garantías de transparencia, ausencia de conflicto de intereses, cumplimiento horario y preservación del interés público que ya resultan exigibles conforme a la normativa general.

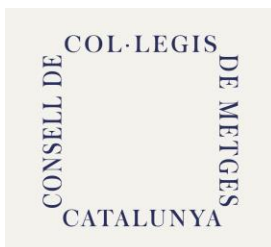
5.- Sollicitud

En síntesis, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya solicita que en la tramitación del Anteproyecto se tengan en cuenta las siguientes propuestas:

1. Que se reconsidere el enfoque general del Anteproyecto, segregándose con un Anteproyecto de **estatuto propio** o, subsidiariamente, se incorpore mediante un **Título específico para los médicos** dentro del mismo Estatuto, negociado con su representación profesional, que atienda a la singularidad de su formación, responsabilidad, régimen de jornada, guardias, carrera profesional y condiciones retributivas.
2. Que se modifique en profundidad el sistema de **clasificación profesional**, evitando una aplicación mecánica o perjudicial de los marcos MECES/MECU y garantizando el reconocimiento expreso de la formación sanitaria especializada, especialmente en el caso de los médicos especialistas.
3. Que se asegure que la nueva clasificación no comportará merma alguna de derechos profesionales, administrativos, retributivos o de carrera, y que se vinculará a un sistema retributivo coherente con el nivel formativo, la responsabilidad clínica y la especialización exigida.



4. Que se abra un proceso específico de análisis, negociación y desarrollo normativo sobre el concepto de **guardia**, con participación de la representación médica, dirigido a diferenciar guardia, atención continuada, localización, trabajo nocturno/festivo y trabajo a turnos.
5. Que el futuro régimen de guardias garantice límites efectivos de jornada, descansos reales, retribución adecuada, cómputo de todas las horas trabajadas, protección de la salud laboral, planificación suficiente de plantillas y evaluación del impacto sobre la seguridad del paciente.
6. Que la regulación definitiva contemple la posibilidad de implantar progresivamente modelos alternativos -como turnos o guardias de menor duración- en aquellos ámbitos asistenciales en los que la intensidad y continuidad de la actividad lo aconsejen, siempre con financiación suficiente, negociación previa y garantías profesionales.
7. Que se suprima o reformule la regulación proyectada en el artículo 35.1 respecto de los cargos intermedios médicos, por resultar desproporcionada para puestos como las jefaturas de servicio hospitalario, que mantienen una naturaleza esencialmente asistencial y organizativa. En consecuencia, debe preservarse para estos cargos el régimen general de **incompatibilidades** previsto en la Ley 53/1984, con sus garantías de autorización, control, transparencia y ausencia de conflicto de intereses, sin imponer una prohibición específica o reforzada de compatibilidad con la actividad privada.
8. Que cualquier desarrollo del Estatuto Marco preserve adecuadamente las **competencias autonómicas** en materia de organización, planificación y gestión de los servicios de salud, de modo que la normativa básica estatal fije garantías comunes y criterios homogéneos, pero permita a las comunidades autónomas adaptar los instrumentos organizativos, de planificación de recursos humanos, jornada, guardias, desarrollo profesional y gestión asistencial a su realidad territorial, competencial y presupuestaria.



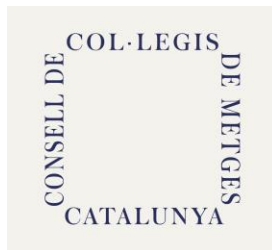
6.- Conclusión y reflexión final sobre la sostenibilidad del Sistema

El Anteproyecto constituye una iniciativa normativa necesaria para la actualización del régimen estatutario del personal de los servicios de salud. Sin embargo, desde la perspectiva de nuestra profesión, el texto no incorpora todavía respuestas suficientemente adecuadas a algunas de las cuestiones estructurales que condicionan la sostenibilidad presente y futura del ejercicio profesional y la calidad de la asistencia sanitaria.

La mejora del régimen jurídico de los médicos estatutarios no debe entenderse como una reivindicación sectorial aislada, sino como una condición necesaria para garantizar la calidad asistencial, la seguridad clínica, la continuidad del sistema público sanitario y la retención de profesionales altamente cualificados.

Ahora bien, consideramos necesario añadir una reflexión de carácter más amplio: **las medidas laborales y organizativas, aun siendo imprescindibles, no son por sí solas suficientes** para afrontar los problemas estructurales que afectan a la profesión médica y al conjunto del sistema sanitario. La reforma del Estatuto Marco debe insertarse en una estrategia de mayor alcance, orientada a garantizar la sostenibilidad real del Sistema Nacional de Salud y la continuidad de una asistencia sanitaria segura, accesible y de calidad.

En este sentido, resulta urgente abordar con prontitud una reforma en profundidad del sistema sanitario, que incluya medidas decididas de **desburocratización** de la actividad médica, y de uso eficiente de las tecnologías, de forma que los facultativos puedan dedicar una mayor proporción de su tiempo efectivo a la atención clínica, la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, la coordinación asistencial, la docencia, la investigación y la relación directa con los pacientes.

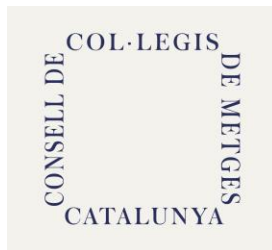


Asimismo, debe avanzarse en una política responsable de planificación de profesionales, que contemple una adecuada **dotación de más plazas de estudiantes de Medicina**, siempre acompañada a la capacidad docente real de las facultades, de los hospitales universitarios, de los centros acreditados y de las unidades docentes. No basta con incrementar plazas de manera nominal: es imprescindible asegurar calidad formativa, tutorización suficiente y una planificación coherente entre grado, formación sanitaria especializada y necesidades asistenciales futuras.

De igual modo, procede **incrementar ponderadamente las plazas de formación sanitaria especializada**, e incentivar de manera efectiva al **médico residente**, reconociendo su doble condición de profesional en formación y trabajador asistencial, mejorando sus condiciones laborales, retributivas y formativas, garantizando una supervisión adecuada y evitando que la residencia se sostenga sobre cargas de trabajo excesivas o sobre una utilización estructural de la guardia como mecanismo ordinario de cobertura asistencial.

Así pues, la reforma también exige progresar en una **mejor planificación sanitaria**, basada en datos, previsión demográfica, necesidades territoriales, evolución epidemiológica, jubilaciones previstas, disponibilidad de especialistas, distribución de cargas asistenciales y coordinación entre comunidades autónomas. La planificación de recursos humanos médicos no puede seguir respondiendo únicamente a necesidades inmediatas o coyunturales, sino que debe anticipar los déficits y orientar las decisiones formativas, organizativas y presupuestarias con una perspectiva plurianual.

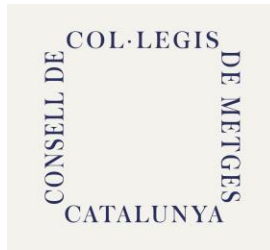
Asimismo, debe tenerse presente que el Sistema Nacional de Salud ya padece, y afronta en los próximos años, importantes desafíos derivados del relevo generacional de las plantillas médicas, de las dificultades de cobertura



de determinadas especialidades y territorios, y de la creciente competencia internacional por la captación de profesionales sanitarios cualificados. La reforma del Estatuto Marco debería contribuir también a fortalecer la capacidad de atracción, fidelización y retención del talento médico, configurando un marco profesional estable, reconocido y competitivo que permita preservar la excelencia asistencial y garantizar el derecho a la protección de la salud de las generaciones futuras.

En esta misma perspectiva de sostenibilidad, calidad y seguridad asistencial, debe abordarse también una modificación adecuada de la normativa sobre **homologación y reconocimiento de títulos universitarios extranjeros en las profesiones sanitarias**. La necesidad de incorporar profesionales con título de origen extracomunitario no puede resolverse mediante una flexibilización meramente formal de los procedimientos ni mediante una homologación basada exclusivamente en la verificación documental o académica de programas formativos. En las profesiones sanitarias, y singularmente en Medicina, la protección de la salud exige comprobar en estos casos no solo la suficiencia curricular, sino también la competencia clínica efectiva para el ejercicio profesional, de forma análoga a la prueba que realizan los estudiantes de las Facultades de Medicina españolas al finalizar el grado.

Finalmente, ninguna reforma será plenamente eficaz si no se acompaña de una dotación suficiente de **recursos económicos**. La calidad y continuidad asistencial requieren plantillas adecuadas, condiciones profesionales dignas, inversión en tecnología, formación, investigación, infraestructuras, sistemas de información interoperables y modelos organizativos que permitan atender correctamente a la población sin trasladar de forma permanente la presión del sistema sobre los profesionales.



Por todo ello, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña interesa que las presentes alegaciones sean incorporadas al expediente y valoradas en la redacción final del texto normativo, y solicita que la reforma estatutaria se acompañe de una estrategia integral, suficientemente financiada, negociada con la profesión médica y respetuosa con las competencias autonómicas en materia de organización, planificación y gestión sanitaria, capaz de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y la calidad de la asistencia presente y futura.

Barcelona, 25 de junio de 2026.

Dra. Elvira Bisbe Vives
Vicepresidenta
Consell de Col·legis de Metges de Catalunya