



**Propuestas de APEMYF
para el redactado del futuro
estatuto médico**



Índice

1. Documento de compromiso APEMYF	4
2. Documento de principios APEMYF	14
3. Clasificación profesional del personal médico y facultativo	19
4. Jornadas, horarios, descansos y conciliación	31
5. Representación	49
6. Planificación, ordenación y movilidad	58
7. Retribuciones y jubilación	77
8. Incompatibilidades y otras situaciones administrativas	89
9. Carrera profesional y evaluación del desempeño	94
10. Particularidades FSE de médicos y facultativos (Residentes)	101



El presente documento contiene las aportaciones que el grupo de APEMYF ha realizado al Ministerio de Sanidad hasta la fecha de la reunión.

Toda la normativa que afecta a los médicos y facultativos contenida en el Estatuto Marco la hemos subdividido en 8 grupos fundamentales de temáticas, de cara poder realizar un trabajo de análisis y redacción coral y en simultáneo.

Las principales temáticas en la que hemos dividido la norma para poderla estudiar y hacer propuestas de cara a la elaboración de un futuro Estatuto Médico (o, en su defecto, de cara a la redacción de un capítulo específico para los médicos y personal facultativo que se negocie EXCLUSIVAMENTE con los y las representantes legítimos del colectivo médico) son las siguientes siete:

1. Clasificación profesional
2. Jornada, guardias y conciliación
3. Representación
4. Planificación, ordenación y movilidad
5. Retribuciones y jubilación
6. Incompatibilidades y otras situaciones administrativas
7. Carrera profesional, formación y evaluación del desempeño
8. Peculiaridades de los médicos y facultativos residentes.

Previo a todo ello, añadimos el documento de constitución de APEMYF y el documento de principios de la agrupación.



1. Documento de compromiso APEMYF



Documento de compromiso

Los firmantes al pie del documento, como creadores de la **Agrupación Profesional Por un Estatuto Médico y Facultativo** (en adelante **APEMYF**), ante la situación generada en España por las negociaciones en la elaboración del Anteproyecto de un nuevo Estatuto Marco y habiendo conocido el contenido del borrador del mismo, que en ningún caso mejora las condiciones de representación ante la administración, ni las laborales y asistenciales del colectivo médico en nuestro país, quieren

MANIFESTAR

Que resulta necesaria la creación de un espacio de confluencia entre diversas organizaciones sindicales y grupos profesionales que ostentan un interés común que se corresponde con la situación actual de la negociación del Estatuto Marco de las profesiones sanitarias.

De este modo se hace necesario aglutinar bajo unas mismas siglas a todas las organizaciones sindicales (y grupos profesionales) que consideran que la única solución a la grave crisis médica en España es la negociación directa -y sin intermediación de otros actores-, con los representantes de médicos y facultativos (titulados superiores) de un Estatuto específico para el colectivo médico y facultativo.

Por tanto, a estos efectos se crea la **Agrupación Profesional Por un Estatuto Médico y Facultativo (en adelante APEMYF)**, la cual tiene como único objetivo la negociación de las y los representantes del colectivo médico y facultativo con la Administración del Estado de un Estatuto Médico que, además de reconocer las especificidades que justifican el reconocimiento de su propio ámbito de negociación y representación ante la Administración, recoja las necesidades y aspiraciones del colectivo, para así conseguir retener y fidelizar el talento médico y facultativo y asegurar la calidad de prestación del servicio público de salud en el SNS. Asimismo, la **APEMYF** será la organización que aglutinará a todas las organizaciones profesionales y sindicales que así lo deseen en el proceso de consecución de dicho objetivo.

APEMYF en ningún caso sustituye a las organizaciones que la conforman, que mantienen su independencia en todas sus funciones de representación y negociación en todos los ámbitos, salvo en los compromisos que a través de este documento se adquieran.

Los principios inspiradores para la constitución de **APEMYF** están basados en los siguientes conceptos:

PACTO: es la profesión médica en su conjunto, la que se ve afectada por la ausencia de una normativa propia que la regule. Por tanto, los miembros de esta



Agrupación hacen renuncia expresa a utilizar la demanda de un Estatuto Marco propio como elemento partidista y renuncian, igualmente, a la confrontación pública política limitando el debate y contraste de ideas a los foros internos que se decidan.

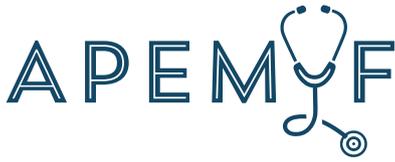
CONSENSO: dado que es el conjunto de la profesión médica la afectada, y no determinados grupos que la constituyen, así como que, no es solo el ámbito sindical, sino también el asociativo o el corporativo el que se ve afectado por lo que se establezca en la norma propia a la que todos aspiramos, **las decisiones al respecto se basarán en el debate y la exposición de todas las posiciones con la fase deliberativa que sea todo lo extensa que se precise.** En este mismo sentido, las decisiones se alcanzarán en último término por mayorías muy reforzadas, y se establecerán los medios adecuados para que ninguna de las partes aisladamente y solo por sí misma pueda bloquear el proceso de la toma de decisiones.

CONCERTACIÓN: Los miembros integrantes de esta Agrupación tienen características organizativas y capacidades legales de muy diversa índole. No obstante, se pretende que sea un elemento vertebrador de **APEMYF**, la concertación de los diversos aspectos que sea su misión abordar, ya fuera en la elaboración de propuestas, el diseño de estrategias de movilización y negociación o la comunicación interna y externa. Todos estos elementos deben ser asequibles a todos los miembros conforme al papel y las atribuciones que legalmente les pudieran asistir.

Por todo lo antedicho, las organizaciones que suscriban dicho documento adquieren los siguientes

COMPROMISOS

- 1) **APEMYF**, como agrupación, será una unión temporal de organizaciones para conseguir los objetivos antedichos; en consecuencia, **APEMYF** no dispondrá de estructura ni material ni jurídica. Por tanto, no dispondrá de sede social.
- 2) **La única finalidad de APEMYF será la de conseguir un Estatuto Médico para la profesión médica y facultativa llevando a cabo cuantos actos, acciones y movilizaciones sean precisas para la consecución de dicho fin. Asimismo, será interlocutor delegado en representación de todas las organizaciones adscritas a APEMYF, en la vehiculización de las reclamaciones de dicho colectivo en el proceso de modificación del Estatuto Marco, haciendo llegar las mismas a los interlocutores de la mesa de negociación del ámbito.**
- 3) **APEMYF** no tendrá recursos propios, sino que dispondrá de los recursos necesarios que las organizaciones que la conforman pondrán a su disposición para la consecución de sus objetivos.
- 4) Los miembros de **APEMYF** pueden ser de dos tipos:
 - a. *Agrupados*: Para ser un miembro agrupado, se debe solicitar la adscripción a **APEMYF** y reunir los siguientes requisitos:
 - i. Ser un sindicato médico (o sindicato médico y de titulados superiores) legalmente constituido.



- ii. Tener representación en comités de empresa o juntas de personal en su ámbito territorial.
 - iii. En el caso de confederaciones o agrupaciones, tener representación en comités de empresa o juntas de personal en alguno de los territorios en los que estén implantados alguno de los sindicatos que las conformen.
 - b. *Constituyentes*: Son aquellos miembros agrupados firmantes del primer documento compromisario.
 - c. *Asociados*: Pueden ser miembros asociados aquellas organizaciones de todo tipo (profesionales, sindicales, asociaciones o colegios profesionales y sociedades científicas) que representen a médicos y/o a titulados superiores que no cumplan los requisitos anteriores y que soliciten su ingreso aceptando estos compromisos.
- 5) Derechos y deberes:
- a. De los miembros *agrupados*:
 - i. Derechos:
 - 1. A disponer de toda la información que **APEMYF** o cualquiera de sus miembros disponga sobre el Estatuto Marco y/o el Estatuto Médico.
 - 2. A tener voz y voto en las decisiones que **APEMYF** acuerde.
 - 3. A participar en las comisiones y estructuras que se creen para la consecución de los objetivos de **APEMYF**.
 - ii. Deberes:
 - 1. A guardar la confidencialidad sobre los temas que se deliberen.
 - 2. A sufragar todos los gastos que **APEMYF** genere. Caso que no lo hagan, a pesar de habérselo reclamado de forma fehaciente al menos en 2 ocasiones, la organización *agrupada* pasará a ser *asociada*, perdiendo los derechos y la representatividad dentro de **APEMYF** que se le hubieran reconocido previamente como organización *agrupada*.
 - 3. A contribuir con los medios estructurales necesarios para la representación de **APEMYF** ante la administración.
 - 4. A poner a disposición de todos los miembros de **APEMYF** cuanta información le llegue sobre el Estatuto Marco o el Estatuto Médico.
 - b. De los miembros *asociados*:
 - i. Derechos:
 - 1. A disponer de toda la información que **APEMYF** o cualquiera de sus miembros disponga sobre el Estatuto Marco y/o el Estatuto Médico.
 - 2. A tener voz en las decisiones que **APEMYF** acuerde.
 - 3. A ser informados de todas las reuniones y negociaciones que **APEMYF** realice.
 - 4. A realizar aportaciones, estratégicas o de reivindicaciones, tanto en las asambleas como a la comisión ejecutiva.



ii. Deberes

1. A guardar la confidencialidad sobre los temas que se deliberen.
2. A poner a disposición de todos los miembros de **APEMYF** cuanta información le llegue sobre el Estatuto Marco o el Estatuto Médico.
3. A contribuir, con los medios de que pudieran disponer, en la difusión de los comunicados oficiales y campañas informativas y de movilización de **APEMYF**.

6) Estructura de decisión/representación:

- a. Asamblea: Reúne tanto a agrupados como a asociados. Se harán preferentemente reuniones telemáticas aunque también pueden ser físicas en alguna de las sedes de los miembros agrupados. Se tratan de reuniones informativas en las que los miembros agrupados y los asociados comparten información y se proponen iniciativas para estudio de la comisión ejecutiva.

Las reuniones se convocarán a instancias de la Comisión Ejecutiva siempre que exista una novedad significativa a comunicar a los miembros de la asamblea. Igualmente, se convocará a petición de la mayoría de las organizaciones que conforman la Asamblea.

- b. Comisión ejecutiva: formada por las organizaciones agrupadas, con una representación proporcional al número de afiliados en activo de cada sindicato o confederación. La proporcionalidad en la comisión ejecutiva se asigna teniendo en cuenta la certificación pertinente aportada por cada organización sindical en las siguientes circunstancias:
- i. Cada vez que haya alguna variación (en positivo o negativo) del número de organizaciones agrupadas.
 - ii. Al menos, una vez al año.

La representación proporcional se calculará siguiendo la siguiente secuencia:

- De 1 a 1.000: 1 voto
- De 1.001 a 3.000: 2 votos
- De 3.001 a 6.000: 3 votos
- De 6.001 en adelante: 4 votos

En el caso de organizaciones que, perteneciendo a otras estructuras de rango jerárquico superior (federaciones o confederaciones), decidan incorporarse de manera individual como miembros agrupados bajo sus propias siglas, tendrán la representación que les corresponda conforme a su número de afiliados, con los derechos y deberes que esto conlleve.

En el caso de que en algún momento, la organización de rango superior a la que pertenecieran, a su vez, decidiera incorporarse como miembro agrupado a **APEMYF**, la organización sindical individual, podrá decidir



incorporarse a su correspondiente estructura superior o mantenerse como miembro agrupado.

En cualquier caso, los afiliados solo computarán de una manera, sin que se puedan contabilizar de forma duplicada.

La comisión ejecutiva contará como mínimo con un representante de cada una de las organizaciones agrupadas.

La Comisión Ejecutiva toma las decisiones de carácter no vinculante por mayoría simple de votos, y las decisiones de carácter vinculante por mayoría reforzada de 3/5. Para que una organización vote con el número de votos que tiene asignado no es necesario que asistan un número equivalente de personas al número de votos que ostente. La/s persona/s que asista/n a la reunión en nombre de cada organización acumularán los votos de la organización con independencia del número de asistentes de ésta.

La Comisión Ejecutiva se dotará de una persona portavoz y de una persona que realizará las tareas de secretaría de **APEMYF**, escogidas entre los miembros de la Comisión Ejecutiva mediante una decisión vinculante. Se mantendrán en dichas funciones mientras tengan la confianza de la mayoría de la Comisión ejecutiva, pudiendo ser relevados/as en cualquier momento por decisión vinculante de la Comisión ejecutiva o a petición propia.

A propuesta de la Comisión Ejecutiva, se podrá contar en sus deliberaciones con personas asesoras externas.

Las reuniones serán preferentemente telemáticas dada la dispersión territorial de los miembros, aunque también podrán ser físicas o mixtas en función de la importancia de las decisiones a tomar y/o en función de la disponibilidad de los participantes.

Las reuniones se convocarán siempre que exista una novedad significativa que aconseje dicha reunión; en todo caso, se convocará siempre a petición de, al menos, una tercera parte de las organizaciones de la Comisión Ejecutiva.

Hay 2 tipos de decisiones ejecutivas:

- iii. Vinculantes: se trata de iniciativas o decisiones que vinculan a todos los miembros de **APEMYF**. Son decisiones a nivel estatal, que comprometen a todos los miembros agrupados a difundirlas a través de sus canales de comunicación y a dar soporte unánime. Se debe explicitar con tiempo suficiente antes de votarlas (como mínimo 72 horas) y requieren una mayoría de al menos 3/5 de los votos y, al menos, de dos de las organizaciones constituyentes.
- iv. No vinculantes: La mayoría, son decisiones o iniciativas que, si bien es aconsejable su seguimiento en todos los territorios, cada



miembro agregado tiene la libertad de decidir su aplicación o no en su ámbito territorial. Se acuerdan por mayoría simple.

- c. Comisión permanente: Para decisiones que no se pueden demorar, la comisión permanente la conforman al menos 1 representante de todas las organizaciones de la comisión ejecutiva.
 - d. Comisión negociadora: Escogida en el ámbito de la comisión ejecutiva y adaptada a las necesidades/requerimientos que sean precisos. Son nombramientos nominales decididos por la comisión ejecutiva. Un comité de huelga sería un tipo concreto de comisión negociadora.
- 7) Reparto de gastos: Los gastos derivados del uso de instalaciones o de medios (dietas, desplazamientos) de cualquier miembro agrupado de **APEMYF** será sufragado por el mismo miembro, sin que ello repercuta en el resto. Los gastos que se deban afrontar por la organización de eventos conjuntos (movilizaciones, manifestaciones, etc.) se repartirán entre los miembros agrupados de forma proporcional al número de votos que tenga esa organización en la Comisión Ejecutiva. Las aportaciones la realizarán los miembros agrupados con carácter previo a la generación de los gastos, todos ellos debidamente justificados.
 - 8) Admisión de nuevos miembros: será aprobada por la comisión ejecutiva a petición de la nueva organización siempre que cumpla los requisitos estipulados. En el caso de miembros agrupados, se reconfigurará la participación en las diferentes comisiones y el reparto de gastos en función del número de votos que se le calculen en función de las reglas antes expuestas.
 - 9) Salida de miembros: la permanencia en **APEMYF** es totalmente voluntaria por parte de todos los miembros (agrupados y asociados). Para salir de **APEMYF**, únicamente bastará la petición dirigida al correo electrónico de **APEMYF** (apemyf@gmail.com).
 - 10) Disolución: **APEMYF** se disolverá en el momento que lo decidan 4/5 partes de su Comisión Ejecutiva, bien sea por la consecución de sus objetivos, bien sea por otros motivos que hagan que se considere que esta asociación ya no resulta de utilidad.

Y, en prueba de conformidad, firman el siguiente documento los representantes legales de los siguientes sindicatos de médicos y titulados superiores:

(Documento acordado el 23 de febrero de 2025)



2. Documento de principios APEMYF



Por un Estatuto Médico y Facultativo. Documento de principios.

Las organizaciones sindicales y no sindicales de todo el estado que se enumeran seguidamente han tomado la decisión de coordinarse a través de la **Agrupación Profesional Por un Estatuto Médico y Facultativo** (APEMYF), ante la situación que se ha generado en España por la negociación del Borrador del Estatuto Marco del personal estatutario entre el Ministerio de Sanidad y los cinco sindicatos representados en la mesa del Ámbito de Negociación (UGT, CCOO, CSIF, CIG y FSES), en los que la profesión médica está presente tan solo a través de la rama sanitaria de FSES formada por representación de SATSE y CESMSATSE.

Las organizaciones que constituyen actualmente APEMYF son:

Metges de Catalunya (MC)

Asociación de médicos y titulados superiores (AMYTS Madrid)

Sindicato Médico de Euskadi (SME)

Sindicato Médico de Navarra (SMN)

Sindicato Facultativos de Galicia Independientes (O'MEGA)

Sindicato de Empleados Médicos de Canarias (SEMCA)

Sindicato Médico Profesional de Asturias (SIMPA)

Sindicato de Médicos de Aragón (CESM Aragón)

Sindicato Médico de Galicia (SIMEGA)

Sindicato Médico Avanza Valencia

Asociación Médicos Unidos por sus Derechos (MUD)

Asociación MIR España (AME)

Sindicato Asociación Avanza Médica (Murcia)

Sindicato Médico de La Rioja

Sindicato de Médicas y Médicos de Atención Primaria (SMP)



una estructura con capacidad de interlocución directa con el Ministerio de Sanidad y cuantas otras instancias de la Administración se requiera.

APEMYF quiere hacer públicos, ante todo el colectivo de médicos y facultativos del país, y también ante la sociedad española, los que serán los principios rectores de nuestra agrupación y que defenderemos ante todas las instancias:

1. Es imprescindible que la Administración cree un marco nuevo de interlocución con los representantes de todos los médicos y facultativos de España, para poder establecer un diálogo franco y una posterior negociación de una norma básica que pueda recoger las necesidades del colectivo, a semejanza de otras profesiones con singularidades como la nuestra.
2. Por tanto, creemos indispensable crear una mesa de negociación del ámbito laboral propia y exclusiva para la profesión médica, tanto para el ámbito público como privado, que garantice la defensa de los intereses colectivos de la profesión en las negociaciones económicas y contractuales con los distintos proveedores de asistencia sanitaria.
3. Esa norma negociada -ese **Estatuto Médico y facultativo**-, creemos que debe abordar, al menos los siguientes temas:
 - a. Preservar la relación, compromiso y responsabilidad con el paciente, con una dotación de personal médico y facultativo, tiempos de dedicación por paciente, medios materiales/tecnológicos, acceso al conocimiento y espacios físicos, adecuados a la excelencia en la atención sanitaria que se debe dispensar a la ciudadanía.
 - b. Garantizar desde la incorporación laboral del médico una estabilidad mediante contratos fijos prohibiendo la utilización de modelos contractuales precarios. Asimismo es imprescindible acordar incentivos de todo tipo (económicos, fiscales, laborales, sociales, de facilitación de la formación, docencia e investigación) para fidelizar a los profesionales.
 - c. Reconocer la totalidad del tiempo trabajado del médico de igual manera a como se hace con el resto de trabajadores. Suprimir el concepto de jornada de guardia como un tipo de jornada que no es ni ordinaria ni extraordinaria, con los condicionantes de obligatoriedad y retribución por debajo de la jornada ordinaria. Considerando además la penosidad, riesgo, nocturnidad y festividades, estableciendo descansos proporcionales a las alteraciones físicas y mentales producidas por dichas peculiaridades.
 - d. Establecer que todo el tiempo trabajado por los profesionales médicos y facultativos en cualquier modalidad, ordinaria o no, se compute como tiempo en días, meses y años, de cara a la jubilación de ese personal, o para primar más allá del máximo establecido, la pensión de jubilación de ese personal.
 - e. Establecer que todo tiempo de trabajo más allá de la jornada ordinaria, y destinado a garantizar la asistencia continuada o no demorable, ha de ser voluntario e incentivado, con carácter de jornada extraordinaria. Establecer incentivos de todo tipo (económicos, compensaciones de jornada, facilidades para formación e investigación,...) para conseguir que los profesionales les resulte atractivo realizar esta jornada extraordinaria y



la realicen voluntariamente sin tener que obligar a nadie. Por otro lado, se deberán reforzar adecuadamente las plantillas de facultativas y facultativos para que la esta atención extraordinaria en España no dependa casi exclusivamente del sobreesfuerzo de las y los profesionales médicos y facultativos.

- f. Regulación de los períodos de atención continuada o no demorable, sean de presencia física o localizados, para que respeten los derechos de conciliación familiar, descanso y protección de la salud de los médicos y facultativos como empleados públicos, y que protejan la seguridad del paciente.
- g. Establecer diversificación de las jornadas extraordinarias a partir de determinada edad, permitiendo actividades alternativas con una compensación económica adecuada.
- h. Revisión de la clasificación profesional del colectivo médico y facultativo, estableciendo una clasificación única y claramente diferente para el colectivo, en la que se reconozca, organizativa y retributivamente, la formación diferencial y la responsabilidad máxima en el cuidado de los pacientes más allá de la clasificación actual, que no reconoce estos méritos. Prestar atención diferencial a la obligatoriedad de la formación sanitaria especializada para el acceso a las categorías y puestos profesionales.
- i. Actualización de las retribuciones de base del personal médico y facultativo, consiguiendo que sean similares a las retribuciones de sus homólogos en países que actualmente están siendo destino de nuestros compañeros por su mejor trato al colectivo, y en ningún caso inferiores a la de otros funcionarios del estado con igual similar titulación como los jueces, fiscales y médicos forenses.
- j. Reconocer el desarrollo científico-investigador y docente de los médicos con jornadas, permisos y retribuciones específicas y compatibles con el resto de su actividad.
- k. Impulsar programas ambiciosos de formación continuada científico-clínica, de aplicación tanto en centros públicos como privados e impartidos durante la jornada laboral a cargo siempre de las empresas sanitarias empleadoras; estos programas deben siempre asegurar una participación equitativa entre todos los profesionales que así lo deseen, creando así una red de conocimiento actualizado, sin injerencias de la industria farmacéutica.
- l. Establecimiento de una regulación específica del sistema de formación de los médicos y facultativos especialistas en formación, en el que se reconozca de forma explícita los tiempos dedicados a ello, se retribuya a todas las personas que contribuyen a dicha formación y sea siempre tenido en cuenta como progresión en la carrera profesional como un mérito docente más.
- m. Diseño, en colaboración con las instituciones académicas y científicas, de programas actualizados del grado de medicina, formación especializada y de las áreas de capacitación específicas. En los que primen los



conocimientos y habilidades prácticas necesarias para el buen desarrollo de la profesión, la excelencia en la atención a los pacientes y la salud física-mental de los futuros profesionales, participando éstos en todos los niveles de las organizaciones asistenciales.

- n. Creación en todos los centros de trabajo de *juntas facultativas* como máximo órgano de deliberación y de decisión (ejecutivo) en los mismos. En esas juntas se debe dar voz y voto a las y los profesionales sin cargos en el centro, para que la gestión del mismo sea mucho más proxima de lo que lo es ahora a la realidad y las necesidades asistenciales.
 - o. Establecer un modelo progresivo de competencias en la profesión con responsabilidad y retribuciones proporcionales a las mismas, diseñando un itinerario profesional de las y los profesionales en función de su capacitación profesional, experiencia e implicación en la formación, docencia e investigación.
 - p. Configurar un sistema estatal de movilidad abierto y permanente, equitativo y con criterios uniformes, que no se vea condicionado por la relación laboral del facultativo con su comunidad autónoma.
4. Para culminar con éxito todo ello, se deberá contar con todas las organizaciones (sindicales, científicas y profesionales) que representan en la actualidad al colectivo médico y facultativo, creando un nuevo ámbito de negociación en el que todas ellas puedan tener voz, teniendo en cuenta la representatividad de cada una.
 5. Por esto mismo, APEMYF no es una estructura cerrada, sino que permanece abierta a futuras adhesiones de otras organizaciones.
 6. Desde APEMYF nos ponemos a disposición de la Administración y del resto de organizaciones médicas y facultativas para poder llegar a una situación en la que nuestras propuestas puedan ser factibles, por el bien de la sanidad pública en general y de la profesión médica y facultativa en particular.

El acuerdo debe reflejar de forma plena las reclamaciones del colectivo médico y facultativo dando valor a su formación, competencias y responsabilidad máxima en la atención sanitaria a los pacientes y ciudadanía.

En Barcelona, a 5 de Marzo de 2025.



3. Clasificación profesional del personal médico y facultativo



Propuesta de APEMYF para la CLASIFICACIÓN PROFESIONAL en el ESTATUTO del FACULTATIVO

LINEA ARGUMENTAL

La actual propuesta del ministerio para la clasificación profesional presenta un déficit fundamental, no tiene en cuenta la capacitación derivada de las diferentes titulaciones, y establece la clasificación únicamente en base a un sistema EQF-MEC (*European Qualifications Framework* - Marco europeo de cualificaciones) no creado para tal fin, y a unas formaciones sanitarias especializadas (en adelante, FSE) de muy diferentes características en lo que a años de formación y contenido se refieren.

En primer lugar, debería quedar establecido que las FSE deben encuadrarse en modo transversal con la titulación que las origina, por ejemplificar, la FSE de un médico amplía/mejora su capacidad de diagnóstico y tratamiento y la FSE de un enfermero amplía/mejora su capacidad de administración de cuidados, pero en ningún caso proporcionará a estos últimos, competencias para la dirección y evaluación del desarrollo global del proceso (competencias de médicos y titulados superiores).

Por este motivo deberían ser niveles estancos en el EM, los profesionales graduados sanitarios que incluyan, en el ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proyecto de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, deberán en todo caso permanecer en un nivel diferenciado de los graduados sanitarios que incluyan, dentro del ámbito de actuación, la prestación personal de cuidados o los servicios propios de su competencia profesional.

La responsabilidad derivada del acto facultativo por sus competencias de desempeño es muy diferenciada de la de los demás graduados en el desarrollo de sus competencias profesionales.

A partir de ahí, dentro de cada nivel se deberían establecer subniveles según la exigencia de requisito de FSE.

Esta diferencia básica de las profesiones sanitarias tituladas obliga también a mantener la diferenciación en el nivel de equivalencia funcional, como corresponde al reconocimiento diferencial de su capacitación y responsabilidad.

Si se persiste en la intención de no reconocer las diferencias de asunción de responsabilidades que originan las diferentes titulaciones, y en orientar la clasificación de profesionales hacia la equiparación, llegará el día en el que no haya profesionales dispuestos a asumir la complejidad y el SNS verá más que comprometida la posibilidad de proveer las prestaciones que hoy asumen los médicos y titulados superiores.



INTRODUCCIÓN

El Marco Europeo de Cualificaciones (EQF-MEC) y su trasposición al estado español, el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (en adelante, MECU), por definición, se centra en los resultados del aprendizaje y **NO** en datos básicos como la duración de estudio.

Por ejemplo, si tu con tu título independientemente del que sea, estudias muy bien y haces un master en gestión, puedes ser jefe de servicio y/o gerente, es decir, una dirección vertical. Esto **no debe ser válido** para la Clasificación del Personal estatutario con titulaciones en Ciencias de la Salud perteneciente a profesiones sanitarias tituladas.

La dirección tiene que ser horizontal, más años en un nivel NO implica obtención de un nivel superior y, además, está basado solo en titulación universitaria, por lo que la especialidad MIR; PIR; FIR e incluso las de enfermería, no están contempladas en el MECU

MECES (Marco Español de la Cualificación de la Educación Superior)

Es una equiparación entre las titulaciones preBolonia y PostBolonia. Ahora las titulaciones son postbolonia y por tanto, no incluiría todas las titulaciones actuales, por lo que NO ES APLICABLE para la clasificación profesional.

No presupone x ejemplo, que el diplomado POSEA el título de grado, SOLO QUE HACEN UNA EQUIVALENCIA CIRCUNSTANCIAL, PERO NO DEFINITIVA.

Ejemplo:

Si se quiere usar esta clasificación MECU de forma forzada para la sanidad, equiparando la formación de grado de enfermería con la formación de grado en medicina y **el máster con la especialidad**, sin tener en cuenta que medicina ya incluye un máster de por sí, equiparamos la formación y **capacidades** de decisión de una enfermera especialista en salud mental con un psiquiatra.

Con lo cual, tanto en la clasificación MECU como en el MECES, FALTA el reconocimiento al médico especialista, porque es una formación sin carácter universitario pero es un **título imprescindible exigido** para el ejercicio profesional, lo que **hacen que el MECU y el MECES no sean procedentes, para la clasificación del personal sanitario estatutario**

Ejemplo, según esto, una enfermera tendría el grado 7 al igual que un psiquiatra, puesto que no se le reconoce la especialidad.



Dado que el MECU es una clasificación a nivel europeo y es por tanto mucho más complicado modificar por el momento y, puesto que lo que se está intentando modificar es el Estatuto Marco español del 2003, creemos que la nueva clasificación que contemple la formación exigida, ha de realizarse en el Estatuto Marco y/o en el EBEP y que valore, no solo **las titulaciones exigidas del personal sanitario** ,universitarias o no, sino también **la capacidad de dirección y evaluación del desarrollo global del proceso de cuidados (artículos 6 y 7 de la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias):**

Art 6 de la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias): Corresponde, en general, a los **Licenciados sanitarios**, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, **la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso**, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

Art 7 de la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias): Corresponde, en general, a los **Diplomados sanitarios**, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la **prestación personal de los cuidados** o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

Esto viene en el nuevo anteproyecto del Estatuto Marco en la disposición final tercera (cambiando las palabras de licenciado y diplomado)



PROPUESTAS PARA UN ARTICULADO REFERENTE A CLASIFICACIÓN PROFESIONAL EN UN ESTATUTO PROPIO DEL PERSONAL MÉDICO Y FACULTATIVO

➤ PROPUESTA 1.- *Criterios de clasificación del personal estatutario.*

1. El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, y dentro de ella a la responsabilidad exigida en el ámbito de su actuación y a la capacitación obligatoria para su acceso y al tipo de su nombramiento.

2. De acuerdo con los criterios del punto anterior, el personal sanitario se clasifica en grupos profesionales, categorías y en su caso, perfiles o áreas de conocimiento específicas.

El grupo profesional constituye el instrumento de clasificación del personal sobre la base de la responsabilidad y la capacitación delimitada por el nivel de titulación y, en su caso, especialización, exigido para el acceso.

En cada grupo profesional se agruparán diferentes categorías en función de la en función de la titulación, **capacitación y responsabilidad específicas requeridas**, pudiendo incluir las distintas especialidades profesionales reconocidas oficialmente.

El área de conocimiento específica se arbitrará cuando el contenido técnico y particularizado de determinados puestos de trabajo exija como requisito para su desempeño una mayor individualización de las funciones a desempeñar.

3. En relación con la función desarrollada, el personal estatutario se divide en personal sanitario y personal de gestión y servicios.

a) **Personal estatutario sanitario:** es el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad o titulación sanitaria.



b) **Personal estatutario de gestión y servicios:** es quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios o titulaciones que no tengan carácter sanitario.

4. El personal estatutario de los servicios de salud perteneciente a las profesiones sanitarias tituladas definidas en el Art 2 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en adelante, LOPS), se clasifica por el nivel profesional y las responsabilidades definidas para el ámbito de su nombramiento especificados en la misma Ley.

5. El personal estatutario sanitario no perteneciente a profesiones sanitarias tituladas, se clasificará por la responsabilidad y capacitación requeridas para el acceso a la categoría.

6. En función del **tipo de nombramiento**, el personal estatutario se clasifica en personal estatutario fijo, personal estatutario interino y personal sustituto.

➤ **PROPUESTA 2.-** *Clasificación del Personal estatutario con titulaciones en Ciencias de la Salud perteneciente a profesiones sanitarias tituladas.*

En virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una determinada profesión reglada atendiendo a la responsabilidad en el ámbito de su actuación de acuerdo con lo dispuesto en la LOPS y a la capacitación obligatoria para el acceso a la categoría a través de su titulación y, en su caso, de las pruebas de formación sanitaria especializada (FSE), el personal estatutario sanitario se clasifica en los siguientes grupos profesionales:

Grupo 1: Personas con responsabilidad en dirección y evaluación del desarrollo global del proceso integral de atención a la salud y que para el acceso a la categoría requieran disponer de una FSE.

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación de acuerdo con el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente (en adelante, MECU) de niveles 8, 7 o en su caso, 6.



Grupo 2 Personas con responsabilidad en dirección y evaluación del desarrollo global del proceso integral de atención a la salud y que para el acceso a la categoría no requieran disponer de una FSE.

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación MECU de niveles 8 o 7.

[NOTA: la clasificación de otras categorías, aunque no destinado a un estatuto propio, continuaría como sigue:]

Grupo 3: Personas con responsabilidad directa en la prestación personal de cuidados sanitarios y que para el acceso a la categoría requieran disponer de una FSE.

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación MECU de grado 6 o superior.

Grupo 4: Personas con responsabilidad directa en la prestación personal de cuidados sanitarios y que para el acceso a la categoría no requieran disponer de una FSE.

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación MECU de grado 6 o superior.

➤ **PROPUESTA 3.-** Clasificación *de otro personal estatutario sanitario*

Las personas con nivel profesional no definidos en los Art.6 y 7 de la LOPS, se clasificarán por su responsabilidad y capacitación requerida para el acceso a la categoría. Se distinguirán los siguientes grupos profesionales:

Grupo 5: Personas con responsabilidad técnica, y capacitación como Técnicos superiores de formación profesional o titulación equivalente.

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación MECU de nivel 5 pertenecientes a la familia profesional de sanidad.

Grupo 6: Personas con responsabilidad técnica, y capacitación como Técnicos medios de formación profesional o titulación equivalente.



-

En este grupo se englobará al personal que, **cumpliendo las condiciones anteriores**, disponga de una titulación MECU de nivel 4 pertenecientes a la familia profesional de sanidad.

- **PROPUESTA 4.-** Artículo 7. *Clasificación del Personal estatutario con titulaciones habilitantes para el desempeño de funciones de gestión y servicios o para el desarrollo de otras profesiones u oficios no contempladas en las titulaciones en Ciencias de la Salud.*

En virtud de nombramiento expedido y atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso de acuerdo con el MECU y de las características de las pruebas de acceso, el personal estatutario de gestión y servicios se clasifica de la siguiente manera:

Grupo 1: Personas con títulos de Nivel 8 o 7 del MECU

Grupo 2: Personas con título de Nivel 6 del MECU.

Grupo 3: Personas con título de Nivel 5 del MECU.

Grupo 4: Personas con título de Nivel 4 del MECU.

Grupo 5: Personas con título de Nivel 3 del MECU

Grupo 6: Personas que para su acceso requieran estar en posesión de un título que no corresponde a ninguna de las titulaciones previstas en los anteriores grupos.

- **PROPUESTA 5.- PROPUESTA DE DISPOSICIÓN ADICIONAL** *Equivalencia con los grupos de clasificación de los funcionarios públicos recogidos en el Estatuto Básico del Empleado Público*

La equivalencia a efectos funcionales y de movilidad entre administraciones, entre los sistemas de clasificación del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público y el presente Estatuto son las siguientes, con indicación de los complementos de destino asociados:

Equivalencias para personal sanitario clasificado según Art. 6

Grupo 1: Subgrupo A+, niveles de destino 28 al 30

Grupo 2: Subgrupo A+, niveles de destino 26 al 30

Grupo 3: Subgrupo A1, niveles de destino 24 al 26

Grupo 4: Subgrupo A2, niveles de destino 20 al 26

Grupo 5: Subgrupo B, niveles de destino 18 al 20

Grupo 6: Subgrupo C1, niveles de destino 16 al 18

Equivalencias para personal de gestión y servicios clasificado según Art. 7



Grupo 4: Subgrupo C1, niveles de destino 16 al 18

Grupo 5: Subgrupo C2, niveles de destino 14 al 18

Grupo 6: Subgrupo C2, niveles de destino 10 al 16

➤ **PROPUESTA 6.- PROPUESTA DE DISPOSICIÓN TRANSITORIA** *Equiparación de los grupos de clasificación existentes a la nueva clasificación profesional y su entrada en vigor.*

1. Los Grupos de clasificación del personal estatutario sanitario existentes a la entrada en vigor del presente Estatuto se integrarán en los Grupos de clasificación profesional del personal estatutario con titulaciones en Ciencias de la Salud o de Formación Profesional del área sanitaria previstos en el artículo 6 de este texto, de acuerdo con las siguientes equivalencias:

- Personal a que se refiere el artículo 6.2.a). 1º al grupo 1
- Personal a que se refiere el artículo 6.2.a). 2º al Grupo 2
- Personal a que se refiere el artículo 6.2.a). 3º al Grupo 3
- Personal a que se refiere el artículo 6.2.a). 4º al Grupo 4
- Personal a que se refiere el artículo 6.2.b). 1º al Grupo 5
- Personal a que se refiere el artículo 6.2.b). 2º al Grupo 6

2. Los grupos de clasificación del personal estatutario de gestión y servicios, existentes a la entrada en vigor del presente estatuto se integrarán en los grupos de clasificación profesional del personal estatutario con titulaciones habilitantes para el desempeño de funciones de gestión y servicios o para el desarrollo de otras profesiones u oficios no contemplados en las titulaciones en ciencias de la salud, de acuerdo con las siguientes equivalencias:

- Personal al que se refiere el artículo 7.2.a). 1º al grupo 1
- Personal al que se refiere el artículo 7.2.a). 2º al grupo 2
- Personal al que se refiere el artículo 7.2.b). 1º al grupo 3
- Personal al que se refiere el artículo 7.2.b). 2º al grupo 4
- Personal al que se refiere el artículo 7.2.c) al grupo 5 si para el acceso a la categoría se requería la titulación equivalente al nivel 3 del MECU.

Personal a que se refiere el artículo 7.2.c): Grupo 6 si para el acceso a la categoría se requiriera estar en posesión de otra titulación no prevista en el sistema educativo.

3. A la fecha de la entrada en vigor de este Estatuto, el personal estatutario que reúna la titulación exigida de acuerdo con la nueva clasificación de los artículos 6 y 7 podrá integrarse en el grupo que le corresponde según el Nivel del MECU de estudios, sin necesidad de realizar el proceso de promoción interna establecido.



PROPUESTA 7.- *Modificación del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.*

Se modifica el Artículo 76 del texto refundido. *Grupos de clasificación profesional del personal funcionario de carrera*, que queda establecido como sigue:

“Los cuerpos y escalas se clasifican, de acuerdo con la titulación exigida para el acceso a los mismos, en los siguientes grupos:

Grupo A: Dividido en tres Subgrupos generales, A+, A1 y A2.

Para el acceso a los cuerpos o escalas de este Grupo se exigirá estar en posesión del título universitario de Grado. En aquellos supuestos en los que la ley exija otro título universitario será éste el que se tenga en cuenta.

La clasificación de los cuerpos y escalas en cada Subgrupo estará en función del nivel de responsabilidad de las funciones a desempeñar y de las características de las pruebas de acceso. **El acceso al grupo A+, y en su caso el grupo más alto de clasificación que se pueda desarrollar en modificaciones posteriores de esta Ley, se reserva a los profesionales titulados sanitarios especificados como Grupos 1 y 2 de la clasificación Estatuto Marco de las Profesiones Sanitarias y desarrollados en la leyes y normativas de aplicación.**

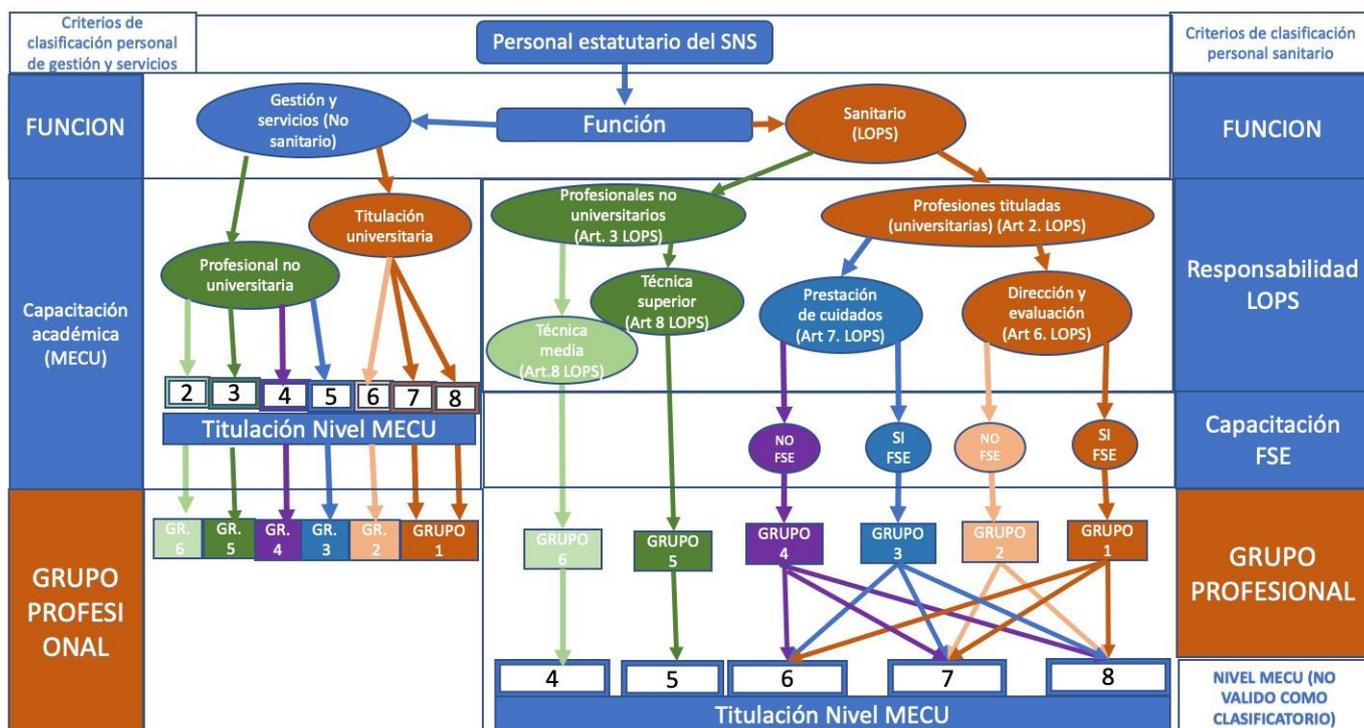
Grupo B. Para el acceso a los cuerpos o escalas del Grupo B se exigirá estar en posesión del título de Técnico Superior.

Grupo C. Dividido en dos Subgrupos, C1 y C2, según la titulación exigida para el ingreso.

C1: Título de Bachiller o Técnico.

C2: Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria.

Figura 1.- PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO APEMYF



ANEXOS A LAS PROPUESTAS. TABLAS RESUMEN.

Tabla 1. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO

CLASIFICACIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO			EQUIVALENCIA PROPUESTA EBEP	
Responsabilidad	FSE	GRADO PROPUESTO	C. DESTINO	NIVEL
Dirección y evaluación procesos asistenciales (Art. 6 LOPS)	SI	1	28-30	MÁXIMO (A+)
	NO	2	26-30	
Prestación directa de cuidados (Art. 7 LOPS)	SI	3	24-26	MUY ALTO (A1)
	NO	4	20-26	ALTO (A2)
Profesionales en procesos técnicos superiores (Art. 8 LOPS)	NO	5	18-20	MEDIO (B)
Profesionales en procesos técnicos medios (Art. 8 LOPS)	NO	6	16-18	MEDIO-BAJO (C1)

Tabla 2. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE GESTIÓN Y SERVICIOS

CLASIFICACIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO			EQUIVALENCIA PROPUESTA EBEP	
Responsabilidad	NIVEL de formación MECU	NIVEL PROPUESTO	C. DESTINO	NIVEL
Profesional sobre procesos de gestión y servicios no sanitarios	MECU 8	1	28-30	MÁXIMO (A+)
	MECU 7	2	26-30	
	MECU 6	3	24-26	MUY ALTO (A1)
	MECU 5	4	18-20	MEDIO (B)
	MECU 4	5	16-18	MEDIO-BAJO (C1)
	MECU 3	6	16-18	BAJO (C2)
	MECU inferior o igual 2	6	14-16	BAJO (D)



4. Jornadas, horarios, descansos y conciliación



PROPUESTA: DECLARACIÓN DE INTENCIONES

I

Las propuestas desde APEMYF que configuran la parte referente a Jornada, horarios, descansos y conciliación del Estatuto Marco del personal Médico y Facultativo se centra en los valores de reconocimiento de la totalidad del tiempo trabajado y en una organización del trabajo con límites de jornadas, horarios y descansos que respeten los derechos de conciliación familiar y protección de la salud de los médicos y facultativos como empleados públicos. Esta protección del personal facultativo durante el mejor ejercicio de su trabajo, a su vez garantiza la calidad y seguridad de la atención que se brinda a los pacientes.

Debe reconocerse la totalidad del tiempo trabajado por el personal médico y facultativo. En este momento, solo tiene reconocimiento pleno la jornada ordinaria, heterogénea entre comunidades autónomas. Se hace necesario homogeneizar La jornada ordinaria debe a 35 horas semanales en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La carencia de reconocimiento de la totalidad del tiempo trabajado es uno de los elementos vertebradores de la Ley 55/2003 del Estatuto Médico promulgado en 2003. La introducción de una “jornada complementaria” desarrollada bajo el régimen de guardias, sin consideración de horas extraordinarias, obligatoria, sin límites por necesidades asistenciales, retribuida por debajo de la jornada ordinaria, y que no computaba a efectos de jubilación, permitía mantener una oferta de servicios sanitarios continuada y nutrida con un sobre esfuerzo no reconocido de los facultativos.

Un Estatuto Marco del Médico y Facultativo que respete y reconozca todo el tiempo trabajado debe considerar que cualquier tiempo de trabajo más allá de la jornada ordinaria, es un tiempo extraordinario y ha de ser voluntario e incentivado, con retribución adecuada y descansos compensatorios justos que respeten la salud laboral y la conciliación. Las plantillas estructurales deberán contar con suficientes efectivos para poder garantizar la atención de la ciudadanía, y para ello el planteamiento de jornada propuesto favorece la contratación de facultativos por los Servicios de Salud, desincentivando la utilización abusiva en base individual de las horas superiores a la jornada ordinaria. En el caso de necesitar por razones de servicio o emergencia establecer jornadas obligatorias, su propio carácter excepcional obliga a considerarlas y tratarlas con unas compensaciones muy superiores.

Dentro de los periodos dedicados al trabajo, no todos han sido considerados equivalentes. El concepto de “localización” establecía una versión menor de la dedicación laboral, cuando la disponibilidad y obligación de asistencia demuestran que se trata de tiempo de trabajo y no de descanso, como indica la jurisprudencia más reciente del TJUE. Así, es preciso reconocer los periodos de localización necesarios para la atención continuada como tiempo trabajado a todos los efectos.



jornada ordinaria, con lo que se obtenía de facto trabajadores con un régimen de falsos turnos con personal y costes muy inferiores. Por ello se hace necesario el reconocimiento de la penosidad y el riesgo para la salud y de las dificultades de conciliación del trabajo en periodos nocturnos y festivos, a través de los correspondientes complementos retributivos, bonificaciones de jornada y descansos apropiados en los conceptos de turnicidad, penosidad, nocturnidad y festividad, al igual que se aplica a otros trabajadores. Lógicamente, se hace imprescindible que estos conceptos se apliquen en aquellos facultativos en los que sus servicios o unidades opten por el régimen de turnos.

En la actual realidad retributiva, y en tanto en cuanto no puedan establecerse unas retribuciones básicas y complementarias fijas que se correspondan con el entorno europeo socioeconómico avanzado al que pertenecemos, la retribución de cualquier jornada complementaria representará una importante proporción de las retribuciones totales. Por ello, cuando la edad, la salud, la gestación o lactancia o los periodos relacionados con cuidados de hijos o familiares u otros motivos de conciliación impiden llevarla a cabo con plenitud, condicionará una importante pérdida retributiva, que no debe permitirse en quienes contribuyen o han contribuido a mantener la calidad y continuidad de la asistencia. Por ello, han de establecerse mecanismos de renuncia al menos en trabajo nocturno que permitan establecer un sistema de trabajo adicional voluntario, o establecer complementos si no se puede desarrollar trabajo adicional por situaciones de vulnerabilidad, a fin de evitar merma en sus retribuciones.

El avance del actual régimen de jornada ordinaria a un régimen de jornada extraordinaria como el planteado, no podrá llevarse a cabo de forma inmediata. Por ello se plantea una disposición transitoria que establezca un plazo no superior a un año para la progresión entre ambos. Durante ese tiempo, se establecerá para el exceso de tiempo de trabajo derivado de la atención continuada la misma consideración retributiva, a la que habrán de incorporarse los complementos aplicables por penosidad, continuidad, turnicidad, nocturnidad o festividad. Hasta la desaparición de la jornada complementaria, se mantienen el derecho a la exención de guardias por las mismas situaciones y con el mismo régimen de compensación para evitar mermas retributivas que reconoce la renuncia a jornada extraordinaria. Del mismo modo, para equiparar en las condiciones básicas de igualdad en ambas situaciones, se establecerá el derecho a la reducción de jornada sobre la complementaria.

Finalmente, se hace necesario recordar que todo el tiempo trabajado debería ser reconocido a todos los efectos dentro del régimen de Seguridad Social. Teniendo en cuenta que la profesión médica y facultativa presenta características que al equiparan a otras profesiones de riesgo, y que es probable que este debate se oriente en el futuro hacia el establecimiento por coeficientes correctores de tiempos trabajados necesarios para la jubilación, se dispone adicionalmente que ante la eventual modificación de las condiciones de la Seguridad Social, tenga esta consideración el tiempo trabajado bajo cualquier régimen de jornada por el personal médico y facultativo.



La organización del trabajo debe ser conocida por todo el personal facultativo con antelación suficiente, con una planificación y distribución diaria y horaria con carácter anual o referida al ámbito temporal de su nombramiento.

Las necesidades de una adecuada Salud laboral y de una correcta conciliación, obligan a mantener un estricto régimen de horarios y descansos. La duración de la jornada ordinaria, extraordinaria o la continuidad de ambas de forma sucesiva no deberá exceder de 12 horas. No obstante, y en tanto en cuanto estos tiempos mínimos se van alcanzando con la contratación suficiente, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios o unidades, con carácter excepcional, con el consentimiento por escrito del trabajador. En el caso de continuidad entre jornada ordinaria y otros tipos de jornada, se debe establecer un periodo mínimo de descanso o solape. Cualquier periodo de trabajo superior a las 12 horas deberá contemplar períodos mínimos de descanso ininterrumpido ampliados. Del mismo modo, la atención nocturna y festiva deberá ser adecuadamente compensada con descansos intensificados y, con carácter general, se establece el derecho a un descanso mínimo semanal de 36 horas ininterrumpidas diferente del resto de permisos, y acumulable por períodos de hasta 14 días. Por su incrementada penosidad. Las jornadas prolongadas más allá de 12 horas darán lugar a la minoración proporcional de jornada, y ningún descanso ni directo ni compensatorio puede ser exigido para el cómputo de la jornada.

PROPUESTAS PARA UN ARTICULADO REFERENTE A JORNADA LABORAL, HORARIOS DE TRABAJO Y DERECHOS AL DESCANSO Y LA CONCILIACIÓN EN UN ESTATUTO PROPIO DEL PERSONAL MÉDICO Y FACULTATIVO

PROPUESTAS SOBRE OBJETO, DEFINICIONES Y PRINCIPIOS GENERALES

PROPUESTA 1.- *Objeto y definiciones*

Nuestras propuestas tienen por objeto el establecimiento de las disposiciones mínimas para garantizar la protección de la seguridad y salud del personal estatutario en materia de ordenación del tiempo de trabajo, así como la seguridad y calidad de la asistencia a los pacientes.

Las normas para la distribución del horario del personal estatutario vendrán reflejadas en este estatuto, teniendo siempre en cuenta la flexibilidad, la conciliación de la vida personal y familiar con la actividad laboral y la incentivación de los horarios de difícil cobertura.

Conforme a ello, se establecen las definiciones contenidas en el apartado siguiente relativas a la jornada laboral a los efectos exclusivos de la aplicación de las normas de este título en materia de tiempo de trabajo y régimen de descansos. Para lo no especificado en esta Ley en materia de compensaciones económicas u horarias, se estará a lo dispuesto específicamente en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten aplicables.



a. Centros de trabajo: los centros e instituciones a los que se refiere el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como otros centros no sanitarios que formen parte del correspondiente servicio de salud.

b. Personal: quienes, siendo personal estatutario, prestan servicios en un centro de trabajo del servicio de salud.

c. Tiempo de trabajo: el período en el que el personal permanece a disposición del Servicio de Salud del mismo y en ejercicio de su actividad y funciones. Tendrán la misma consideración los servicios prestados fuera del centro de trabajo, siempre que se produzcan como consecuencia del modelo de organización asistencial o deriven de la programación funcional del mismo.

Su cómputo se realizará de modo que tanto al comienzo como al final de cada jornada el personal se encuentre en su puesto de trabajo o en disposición de trabajar y en el ejercicio de su actividad y funciones.

d. Tiempo de trabajo diurno el desempeñado entre las 8 y las 22 horas (matutino entre 8 y 15 horas, vespertino entre 15 y 22 horas)

e. Tiempo de trabajo nocturno, cualquiera que incluya un periodo de desempeño entre las 22 y las 8 horas.

f. Tiempo de trabajo asistencial: el destinado a la realización de actividades asistenciales.

g. Tiempo de trabajo no asistencial: el destinado a la realización de actividades no asistenciales. En todo caso se considera tiempo de trabajo realizado las actividades de docencia, tutoría y formación continuada, siempre que se realicen a instancia del servicio de salud.

h. Trabajo presencial: aquel trabajo que se presta en el centro habitual de trabajo o en otro lugar determinado por el servicio de salud. Se incluye el teletrabajo o el trabajo telefónico, para el ejercicio de las funciones que permitan estas modalidades.

i. Trabajo localizado: período de tiempo en el que el personal se encuentra en situación de disponibilidad que haga posible su localización e intervención inmediata para la prestación de un trabajo o servicios efectivos cuando fuera llamado para atender las necesidades asistenciales que eventualmente se puedan producir.

j. Período de descanso: todo período de tiempo que no sea tiempo de trabajo, ya sea tiempo de trabajo presencial o tiempo de trabajo localizado.

k. Período nocturno: el período nocturno se definirá en las normas, pactos o acuerdos que sean aplicables a cada servicio de salud. Tendrá una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el período comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natural. En ausencia de tal definición, se considerará período nocturno el comprendido entre las 22 horas y las 8 horas del día siguiente.

Asimismo, tendrá la consideración de personal nocturno el que pueda realizar durante el período nocturno un tercio de su tiempo de trabajo anual.



Con carácter general, el personal facultativo estatutario en ningún caso puede ser nombrado para la realización exclusiva de trabajo nocturno.

l. Trabajo por turnos: toda forma de organización del trabajo en equipo por la que el personal ocupe sucesivamente las mismas plazas o puestos de trabajo con arreglo a un ritmo determinado, incluido el ritmo rotatorio, que podrá ser de tipo continuo o discontinuo, implicando para el personal la necesidad de realizar su trabajo en distintas franjas horarias a lo largo de un período dado de días o de semanas.

m. Personal por turnos: el personal cuyo horario de trabajo se ajuste a un régimen de trabajo por turnos. El personal que realiza el mismo tipo de actividad en distintas franjas horarias, tendrá la consideración de trabajador por turnos.

n. Programación funcional del centro: las instrucciones que, en uso de su capacidad de organización y de dirección del trabajo, se establezcan por la gerencia o la dirección del centro sanitario en orden a articular, coordinadamente y en todo momento, la actividad de los distintos servicios y del personal de cada uno de ellos para el adecuado cumplimiento de las funciones sanitario-asistenciales. La programación funcional personal deberá ser conocida por el facultativo al menos con seis meses de anterioridad. Los servicios contarán con planes funcionales individuales, presentados y firmados por todos los facultativos del servicio, tendrán una duración establecida de cuatro años y serán la base del desarrollo y programación de la actividad.

o. Horas extraordinarias: tendrán la consideración de horas extraordinarias aquellas horas de trabajo que se realicen sobre la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo, con el acuerdo de la dirección y consentimiento expreso y por escrito del trabajador.

p. Contenido de las actividades. Contenido que se lleva a cabo por el facultativo durante una actividad. Las actividades que se incluyen en la programación funcional pueden clasificarse como:

1. Actividades asistenciales: las dirigidas a prestar atención directa o mediada a un demandante de asistencia sanitaria dentro del ámbito de sus competencias y nombramiento

2. Actividades no asistenciales: las dirigidas a ejercer funciones de formación, docencia, investigación o gestión dentro del ámbito de sus competencias y nombramiento

3. Actividades programadas: Actividades incluidas en la programación funcional, conocidas con anterioridad a su realización y con tiempos atribuidos sobre una agenda

4. Actividades a demanda: las efectuadas sin constar en agenda previa, de carácter imprevisible

4.1.No Demorables: actividades a demanda que atienden situaciones que no condicionen por su situación clínica un riesgo inmediato para la salud del paciente o la comunidad

4.2.Urgentes y Emergentes: actividades a demanda que atienden situaciones que condicionan un riesgo para la salud del paciente o la comunidad, sea percibido como urgente o establecido como emergente



PROPUESTA 2.- *Medidas para facilitar la conciliación de la vida familiar y profesional de los progenitores y cuidadores.*

Las Administraciones Públicas adoptarán medidas de flexibilización horaria para garantizar la conciliación de la vida familiar y laboral del personal estatutario que tenga a su cargo a hijos e hijas menores de doce años, así como de los que tengan necesidades de cuidado respecto de los hijos e hijas mayores de doce años, el cónyuge o pareja de hecho, familiares por consanguinidad hasta el segundo grado, así como de otras personas que convivan en el mismo domicilio, y que por razones de edad, accidente o enfermedad no puedan valerse por sí mismos.

PROPUESTA 3. *-Sistemas de programación y registro del tiempo del trabajo.*

1. Los servicios de salud establecerán sistemas de programación del trabajo mediante herramientas que permitan organizar y visualizar fácilmente las diferentes jornadas laborales repartidas por trabajador o trabajadora, que tendrá derecho a conocer con anticipación suficiente la planificación y distribución anual, o referida al ámbito temporal de su nombramiento, de toda su jornada, teniendo en cuenta todas las modalidades recogidas en este capítulo.
2. Los servicios de salud previo acuerdo en mesa sectorial establecerán un sistema objetivo, fiable y accesible que permita el cómputo de la jornada laboral realizada por el personal estatutario. Para el cómputo del tiempo de trabajo se tendrá en cuenta los tiempos de trabajo en todas las modalidades recogidas en este capítulo.
3. Los servicios de salud establecerán sistemas de cobertura para la adecuada resolución de incidencias en caso de ausencia del personal previsto, que atiendan a los principios de voluntariedad, transparencia, distribución equitativa, objetividad y agilidad. Estas listas voluntarias para contingencias tendrán consideración de trabajo localizado. No contabilizarán para cómputo de jornada salvo que se transformen en jornada ordinaria o extraordinaria, pero sí darán lugar a la percepción económica que haya lugar según los acuerdos de retribuciones aplicables.
4. A efectos del cómputo, los días adicionales de vacaciones, los adicionales de permiso por asuntos particulares y los permisos de carácter retribuido, cuya concesión no sea por el tiempo imprescindible, se entenderán siempre referidos a jornadas de 7 horas, sin perjuicio del turno que tenga asignado el empleado, y se excluirán del cómputo de la jornada máxima semanal, sin débito horario de jornada ni merma retributiva.

PROPUESTAS SOBRE RÉGIMEN DE JORNADA Y DESCANSOS

PROPUESTA 4.-. *Jornada ordinaria de trabajo*

1. La jornada ordinaria de trabajo en los centros de trabajo pertenecientes a cada Servicio de Salud se determinará en las normas, pactos o acuerdos correspondientes, y será la que se realice en el periodo diurno comprendido entre las 8 hs de la mañana y las 22hs, a excepción del personal que trabaje a turnos. La jornada ordinaria máxima será de 35 horas semanales.



2. La Dirección del Centro podrá establecer la distribución irregular de la jornada a lo largo del año, mediante pactos o acuerdos, que precisarán el consenso de los servicios o unidades afectadas, y recogidos en los planes funcionales, que incluirán la limitación temporal de las variaciones adoptadas.
3. Cada profesional tiene el derecho a conocer con antelación suficiente la planificación y distribución de su jornada con carácter anual o referida al ámbito temporal de su nombramiento.
4. El tiempo de trabajo ordinario diario será, con carácter general, de 7 horas en horario diurno y no podrá exceder en ningún caso las 12 horas, salvo consentimiento explícito y por escrito del trabajador y siempre que no medie informe desfavorable de la unidad responsable en prevención de riesgo.
5. Con carácter general, la jornada ordinaria se desarrollará en horario matutino, y no se podrá establecer horario vespertino fijo, salvo acuerdo por escrito con el trabajador y sin que medie informe desfavorable de la unidad responsable de valoración de riesgo. El trabajo en horario vespertino minorará la jornada ordinaria del trabajador por un factor corrector de 1.25 horas por hora trabajada.
6. Además de las reducciones de jornada motivadas que le sean de aplicación, el facultativo tendrá derecho a una reducción voluntaria de su jornada por interés particular, con la correspondiente reducción de haberes. La reducción será aplicable cuando se hayan prestado servicios efectivos que computen cinco años al menos y no podrá ser superior al 50% del tiempo de la jornada ordinaria ni superar los 5 años de duración. Su concesión implicará necesariamente el acuerdo y la autorización de la dirección del centro.
7. Podrá incluir todas actividades propias de las competencias y nombramiento del facultativo, en las diferentes modalidades de trabajo, según programación funcional del centro. El tiempo dedicado a actividades no asistenciales no podrá ser inferior al 20% de la jornada en cómputo mensual, incluyendo actividades de formación continuada, docencia, investigación y gestión.

PROPUESTA 5.- Jornada a turnos

1. La jornada a turnos es aquella en la que durante la jornada ordinaria se alternan de forma periódica tiempos de trabajo diurno (matutino o vespertino) y nocturno.
2. La jornada a turnos no podrá incluir tiempos de trabajo más breves de 7 horas ni más largos de 12 horas. No obstante, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales con pleno consentimiento por escrito de los profesionales afectados.
3. La jornada realizada en período vespertino, si hubiera, compensarán su penosidad mediante una minoración de la jornada establecida ordinaria contabilizando 1.25h de trabajo y la jornada realizada en periodo nocturno 1.50h de trabajo por hora realizada.
4. Las retribuciones de este tipo de jornada incluirán los complementos que les sean de aplicación, referidos a los conceptos de turnicidad, penosidad, nocturnidad y festividad.



5. La reducción voluntaria de jornada ordinaria podrá ser solicitada y concedida en los términos de la Propuesta 4.

PROPUESTA 6.- Jornada adicional extraordinaria

1. Cuando se trate de la prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente a los usuarios de los centros pertenecientes al Servicio de Salud, el personal desarrollará una jornada extraordinaria, en la forma en que se establezca por la Dirección del Centro a través de la correspondiente programación funcional del mismo.

La realización de esta jornada será de aplicación al personal facultativo de aquellas categorías o unidades en las cuales se determine la necesidad de realizar un tiempo de trabajo, en cualquier modalidad de las existentes, en horario adicional al establecido como ordinario, previa negociación en las mesas sectoriales correspondientes

Se considerará jornada adicional extraordinaria a cualquier tiempo de trabajo en cualquier modalidad, que no cumpla características de ordinaria por horario de realización. Los trabajadores a turnos, se considerará extraordinaria toda hora que exceda la ordinaria independientemente del horario de realización respetándose la nocturnidad y la festividad en el abono. Esta jornada se realizará a continuación de la ordinaria.

Con carácter general, la realización de jornada extraordinaria será **voluntaria**. El servicio de salud regulará el registro de los voluntarios, los procedimientos de inscripción, consentimiento, renuncia y distribución proporcional de las jornadas extraordinarias. El facultativo tendrá derecho a conocerla en los términos de la Propuesta 3.

2. La jornada total diaria (ordinaria más adicional extraordinaria) no podrá ser superior con carácter general a 12 horas de trabajo. La jornada total podrá ampliarse a 17 horas de trabajo en los días laborables y a 24 horas en el caso de fines de semana y festivos, solo en circunstancias excepcionales de organización de los servicios, previa justificación motivada y el pleno consentimiento de los profesionales afectados, y siempre que no medie informe desfavorable de la unidad responsable en materia de prevención de riesgo. En estas circunstancias, la penosidad de la prolongación se compensará con el régimen de descansos y bonificaciones de jornada dispuestos en la propuesta 12.

La jornada extraordinaria no podrá exceder con carácter general el número de 13 horas semanales o 52 horas en cómputo mensual, excepto acuerdo o pacto del facultativo con el centro y siempre que no medie informe desfavorable de la unidad responsable de prevención de riesgos laborales.

En todo caso, la jornada total máxima anual del trabajador, incluyendo la jornada ordinaria y extraordinaria no podrá exceder en ningún caso de 2112 horas al año.

3. La jornada extraordinaria no estará afectada por las limitaciones que respecto a la realización de horas extraordinarias establecen o puedan establecer otras normas y



disposiciones. Su compensación o retribución específica mínima se determinará por lo previsto en esta norma, sin perjuicio de su mejora en las normas, pactos o acuerdos que, en cada caso, resulten de aplicación.

La retribución de este tipo de jornada no podrá ser inferior al 175% de la jornada ordinaria del trabajador y su número se determinará en las normas, pactos o acuerdos según en cada caso resulte procedente. En su valor se reflejará también un incremento asociado a la nocturnidad y festividad, no inferior al 20% ni al 40% de la hora extraordinaria diurna del trabajador. Así mismo se establecerán tramos de incremento del valor de la hora en función de las horas realizadas, no inferiores a un 2% por cada cómputo de 24 horas acumuladas realizadas en el año natural. El tiempo de jornada extraordinaria realizada se prorrateará en las situaciones de Incapacidad transitoria, permisos de embarazo, lactancia y otras situaciones causadas por conciliación, así como en las vacaciones anuales.

4. La renuncia a la realización de la jornada extraordinaria será también voluntaria. Podrán solicitar renuncia parcial a la jornada extraordinaria en horario nocturno los que se encuentren entre los supuestos contemplados en la normativa aplicable al respecto. Así, en atención a las especiales circunstancias y riesgos que concurren, podrá solicitar la renuncia parcial a esta jornada extraordinaria nocturna el personal que se encuentre en los supuestos siguientes:
 - a) Durante el periodo de embarazo y lactancia.
 - b) Que haya obtenido la correspondiente reducción de jornada por cuidado de hijos o personas dependientes a cargo.
 - c) Que sean mayores de 50 años, según las disposiciones establecidas en los planes de ordenación de recursos humanos de cada servicio de salud. Podrá solicitarse la renuncia desde el año en que se cumplan 46, con una reducción proporcional a la edad de la jornada extraordinaria hasta alcanzar el 100% a los 50 años.
 - d) adaptaciones por enfermedad
 - e) conciliación o
 - f) violencia de género

5. En las situaciones de renuncia parcial a la jornada extraordinaria se establecerán medidas compensatorias que impidan la merma retributiva del trabajador. Para el personal que solicite esta renuncia parcial por razón de embarazo, cuidados de hijos o personas dependientes o violencia de género, se establecerá un complemento retributivo compensador.

Para el personal que solicite esta renuncia parcial por razón de edad se establecerá con idéntico fin un sistema de trabajo adicional voluntario, en horario diurno.

Para el personal que lo solicite por razón de enfermedad podrá establecerse una actividad adicional adaptada en función de informe vinculante de la unidad responsable de riesgo, o si no se contempla realizarla o no es posible adaptación, se establecerá complemento retributivo.

En otros motivos de conciliación se considerará el mejor interés del objeto de conciliación, pudiendo establecerse actividad adicional retribuida o reducción proporcional complementada.



En todos los casos se utilizará para el cálculo de la compensación aplicable el promedio del tiempo de jornada extraordinaria efectuada durante los cuatro años previos, tomando el número de horas de jornada extraordinaria realizadas y los periodos de tiempo en que se realizaron jornadas extraordinarias de forma habitual. El importe de la hora de actividad complementaria no podrá ser inferior al triple de la jornada extraordinaria.

6. En la realización de la jornada extraordinaria se respetarán los principios generales de protección de la seguridad en el trabajo y la salud laboral.

Deben existir registros actualizados del personal que desarrolle este régimen de jornada, que estarán a disposición de las autoridades administrativas o laborales competentes.

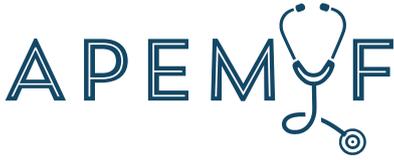
Por razones de seguridad o salud del personal, los excesos sobre la duración máxima de la jornada prevista o pactada podrán ser limitados o prohibidos mediante normas, pactos o acuerdos.

Debe asegurarse por los centros el incremento necesario y paulatino de las plantillas determinadas en los planes funcionales, a medida que se amplíe la disponibilidad de facultativos, con el fin de garantizar jornadas extraordinarias que no excedan los límites estipulados y protejan la salud laboral.

7. Por su carácter voluntario, no tendrá cabida perjuicio alguno sobre el resto de conceptos laborales ni retributivos que sean de aplicación por el hecho de no prestar el consentimiento a la realización de jornada adicional extraordinaria.

PROPUESTA 7. Jornada extraordinaria con trabajo localizado

1. La jornada extraordinaria podrá constar total o parcialmente de tiempo de trabajo localizado.
2. El trabajo localizado tiene consideración completa en el cómputo de jornada dispuesto en la Propuesta 3. salvo las consideraciones concretas de las listas de incidencia que se computarán en caso de requerimiento de servicio.
3. La localización implica que el interesado deberá estar en disposición de acudir al centro de trabajo en un periodo de tiempo no superior a 40 minutos. Cada centro definirá la actividad incluida en el trabajo localizado. Los tiempos de desplazamiento al centro se incluirán para el cómputo de tiempo de estancia presencial en el centro de trabajo.
4. Estancias superiores a tres horas o 30% del tiempo del periodo de localización en el centro de trabajo en un único requerimiento, o bien tres llamadas con requerimiento, o una única si se produce en periodo nocturno, supondrá el cómputo completo como jornada extraordinaria, la correspondiente percepción económica como trabajo presencial de todo el tiempo de la jornada extraordinaria localizada realizada y el disfrute de los descansos correspondientes a la jornada extraordinaria de presencia física dispuestos en la propuesta 12.



5. La retribución económica por los tiempos de trabajo localizado no podrá ser inferior al 125% de la jornada ordinaria del profesional.
6. Los periodos de trabajo localizado generarán el derecho a los descansos obligatorios y compensaciones dispuestas en la propuesta 12.

PROPUESTA 8. Jornada motivada o por razón de servicio

1. Si no pudiera establecerse la necesaria continuidad del servicio sanitario público recurriendo a contratación suficiente para cubrir las necesidades de plantilla según lo especificado en la sección correspondiente de esta norma, con jornada ordinaria o extraordinaria, podrá establecerse tiempos de trabajo previa motivación, con carácter obligatorio, rotatorios y equitativos entre todos los profesionales disponibles en el ámbito de su nombramiento.

La asignación en tres o más ocasiones, o que superen tres meses en cómputo anual, de tiempos de trabajo por razón de servicio en un servicio o unidad obligará al centro a la presentación inmediata de un estudio de necesidades de plantilla estructural ante la autoridad sanitaria competente.

2. La jornada motivada no podrá exceder de 160 horas anuales excepto las situaciones dispuestas en la propuesta 19 o aceptación voluntaria por el facultativo, siempre que no medie informe desfavorable de la unidad responsable de riesgo laboral.
3. La retribución de la hora de jornada motivada no podrá ser inferior al 500% de la hora ordinaria del facultativo.

PROPUESTA 9. Programas de actividad fuera de la jornada ordinaria.

Se podrán establecer programas especiales de actividad programada fuera de la jornada ordinaria, por necesidades intrínsecas de la asistencia prestada o por necesidades de cobertura, de realización voluntaria y cuya organización horaria y retribución habrán de ser pactadas. Tendrán la consideración de tiempo de trabajo a efectos de cómputo de jornada extraordinaria.

PROPUESTA 10. Cómputo de la jornada.

1. El cómputo de la jornada se realizará para cada uno de los trabajadores en función de las horas de trabajo realizadas, de forma que se alcance el número de horas de la jornada ordinaria anual establecida. De igual modo, se computará la jornada extraordinaria para no superar los límites mensuales ni anuales establecidos.
2. El personal que no preste servicios durante todo el año deberá realizar la parte proporcional de la jornada anual que corresponda calculándose de forma ponderada para cada nombramiento.
3. En caso de que, tras distribuir la jornada resultase algún exceso o déficit de horas en cómputo anual, se compensará al año siguiente durante el primer trimestre, salvo los casos en los que proceda el abono o detracción de retribuciones conforme a lo que establezca el acuerdo anual de retribuciones que sea de aplicación.



4. A efectos del cómputo, los días adicionales de vacaciones, los adicionales de permiso por asuntos particulares y los permisos de carácter retribuido, cuya concesión no sea por el tiempo imprescindible, se entenderán siempre referidos a jornadas de 7 horas, sin perjuicio del turno que tenga asignado el empleado, y se excluirán del cómputo de la jornada máxima semanal.

PROPUESTA 11. *Pausa en el trabajo.*

1. Siempre que la duración de una jornada exceda de seis horas continuadas, deberá establecerse un período de descanso durante la misma de duración no inferior a 20 minutos que será considerado trabajo efectivo. El momento de disfrute de este período se supedita al mantenimiento de la atención de los servicios. En aquellas jornadas que excedan de la jornada habitual de 7 horas, se incrementará el descanso de manera proporcional procurando una distribución adecuada a lo largo de la jornada.
2. Cuando debido a la programación funcional se incluyen sucesivamente tiempos de trabajo correspondientes a cualquier tipo de jornada o programas fuera de jornada ordinaria, se establecerá una pausa entre ellas de un mínimo de 30 minutos.

PROPUESTA 12. *Jornada y descanso diario.*

1. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de 12 horas ininterrumpidas, salvo lo dispuesto en la Propuesta 4.2.
2. La suma de las jornada ordinaria y extraordinaria no podrán exceder las 17h horas ininterrumpidas.
3. En las jornadas de 17 o 24 horas desempeñadas en día laborable, el día siguiente será de descanso obligatorio y remunerado, y además si el tiempo de trabajo es de presencia física, dará derecho a un día de descanso adicional. Este descanso adicional podrá disfrutarse aislada o acumuladamente de preferencia en el mes siguiente a su generación, sin que puedan cancelarse, y podrá adicionarse a los periodos vacacionales. Todo ello sin perjuicio de mejoras en los pactos o acuerdos resultados de los correspondientes procesos de negociación sindical en los servicios de salud y con la debida progresividad para hacerlos compatibles con las posibilidades de los servicios y unidades afectados por las mismas.
4. En las jornadas de 24 horas desempeñadas en viernes o víspera de festivo, sábado o domingo, se descansará el primer día laborable siguiente y dará lugar a un día de descanso adicional, o dos si el tiempo de trabajo es de presencia física, en las mismas condiciones.
5. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de 12 horas entre el fin de una jornada y el comienzo de la siguiente. Éste periodo mínimo se incrementará para el trabajo vespertino o nocturno en un 25% o un 50% respectivamente de la duración del tiempo de trabajo desempeñado.



6. Si no se pudieran disfrutar consecutivamente al descanso mínimo los descansos dispuestos se podrán disfrutar en el mes siguiente a su generación, sin que puedan cancelarse, y podrá adicionarse a los periodos vacacionales, consensuado con el servicio o unidad en la medida que lo permita la programación funcional.
7. Las jornadas que se prolonguen más allá de 12 horas, por su superior penosidad causarán una reducción de la jornada ordinaria pactada no inferior a la duración de la jornada ordinaria diaria para los tiempos de trabajo consecutivo entre 12 y 24 horas y de dos veces el tiempo de la jornada ordinaria diaria si el trabajo consecutivo es de 24 horas.
8. El personal que como consecuencia de la organización de los servicios sanitarios deba realizar su jornada laboral los días 24 y 31 de diciembre, y en su caso los días declarados de interés laboral particular por la autoridad autonómica, tendrá derecho a una compensación horaria añadida a los descansos previos establecidos equivalente al tiempo trabajado en forma de 1 de libre disposición, que podrá llegar a 3 días de libre disposición si la jornada realizada ha sido de 24 horas; o una reducción adicional de la jornada anual de 8 horas, que podrá llegar a 24 horas si la jornada realizada ha sido de 24 horas.
9. Los descansos referidos en este apartado se disfrutarán con independencia y adicionalmente al descanso mínimo semanal ininterrumpido dispuesto en la propuesta 13.
10. Ningún periodo de descanso podrá originar débitos en el cómputo de la jornada anual ni merma retributiva. A este respecto, el tiempo inclusivo de los descansos tras una jornada de trabajo no será exigible para el cómputo anual de jornada.

PROPUESTA 13.- Descanso semanal.

1. En la realización de la jornada ordinaria, el personal tendrá derecho a un descanso mínimo semanal de 36 horas ininterrumpidas o de 72 horas cada dos semanas, independiente de los descansos generados como consecuencia de la actividad diaria dispuestos en la propuesta 12.
2. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período establecido en el apartado anterior, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos previstos en la propuesta 15.

PROPUESTA 14.- Vacaciones anuales.

1. El personal estatutario tendrá derecho a disfrutar, durante cada año natural, de unas vacaciones retribuidas de 22 días hábiles sin perjuicio del cumplimiento de la jornada anual establecida, o de los días que correspondan proporcionalmente si el tiempo de servicio durante el año fue menor.
2. A los efectos de lo previsto en el presente artículo, no se considerarán como días hábiles los sábados, sin perjuicio de las adapta. El período o períodos de disfrute de la vacación anual se fijará conforme a lo que prevea al respecto la programación funcional del correspondiente centro.



3. No obstante, cuando las situaciones de permiso por nacimiento o cuidado de menor, incapacidad temporal, riesgo durante la lactancia o riesgo durante el embarazo impidan iniciar el disfrute de las vacaciones dentro del año natural al que correspondan, o una vez iniciado el periodo vacacional sobreviniera una de dichas situaciones, el periodo vacacional se podrá disfrutar aunque haya terminado el año natural a que correspondan y siempre que no hayan transcurrido más de dieciocho meses a partir del final del año en que se hayan originado.
4. El período de vacación anual sólo podrá ser sustituido por una compensación económica en el caso de finalización de la prestación de servicios.
5. El personal estatuario interino y sustituto, con anterioridad a la finalización de su nombramiento, podrá solicitar de forma preferente el disfrute de las vacaciones a la compensación económica, siempre que las necesidades del servicio estén cubiertas.
6. Cada Servicio de Salud podrá establecer días adicionales de vacaciones en función del tiempo de servicios prestados por el personal estatuario.

PROPUESTA 15.- Régimen de descansos alternativos.

Cuando no se hubiera disfrutado de los períodos mínimos de descanso diario establecidos en esta ley, se tendrá derecho a su compensación mediante descansos alternativos que habrán de programarse en el mes siguiente a su generación, sin que puedan cancelarse. Podrán adicionarse a los periodos vacacionales y su duración total no podrá ser inferior a la reducción experimentada.

PROPUESTA 16.- Personal nocturno.

1. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada de trabajo nocturno no excederá de 12 horas ininterrumpidas.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1 de la presente propuesta, mediante la programación funcional de los centros se podrán establecer jornadas de hasta 24 horas en determinados servicios o unidades sanitarias, cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.
3. Con carácter general, el personal facultativo estatuario en ningún caso puede ser nombrado para la realización exclusiva de trabajo nocturno

PROPUESTA 17.- Personal a turnos.

1. El régimen de jornada del personal a turnos será el establecido en las propuestas 4, 6 u 8, según proceda, de esta ley
2. El personal a turnos disfrutará de los períodos de pausa y de descanso establecidos en las propuestas 11,12,13,14 y, en su caso, 15 de esta ley.



3. El personal a turnos disfrutará de un nivel de protección de su seguridad y salud que será equivalente, como mínimo, al aplicable al restante personal del centro sanitario.
4. Podrán solicitar la exención de realización de jornada durante periodo nocturno, el personal estatutario mayor de 50 años.
5. Las exenciones se concederán según las disposiciones establecidas en los planes de ordenación de recursos humanos de cada servicio de salud.
6. Para el personal que solicite esta exención, no verá incrementada su jornada ordinaria y se establecerá un sistema de trabajo adicional voluntario en horario diurno, similar al establecido para el resto de los facultativos, a fin de evitar merma en sus retribuciones.
7. Los centros planificarán los calendarios o instrumentos similares de ordenación del trabajo de forma tal que, sólo excepcionalmente y por causas justificadas, el trabajador podrá superar las 66 noches al año y siempre que preste su consentimiento de forma expresa y por escrito.

PROPUESTA 18.- *Carácter de los períodos de descanso.*

1. La pausa en el trabajo prevista en la propuesta 11 tendrá la consideración de tiempo de trabajo efectivo en la forma que esté establecido por norma, pacto o acuerdo, según corresponda.
2. El período de vacaciones anuales retribuidas considerándose también las añadidas por años de trabajo, los días de libre disposición, los añadidos por trienios y los períodos de baja por enfermedad serán neutros para el cálculo de los promedios previstos en las propuestas 4,6,13 y 15 de esta ley.

PROPUESTA 19.- *Medidas especiales en materia de salud pública.*

1. Las disposiciones de este título relativas a jornadas de trabajo y períodos de descanso podrán ser transitoriamente suspendidas cuando las autoridades sanitarias adopten medidas excepcionales sobre el funcionamiento de los centros de trabajo de los servicios de salud, conforme a lo previsto en el artículo 29.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, o en las leyes de aplicación sobre catástrofes, siempre que tales medidas así lo justifiquen y exclusivamente por el tiempo de su duración.

La adopción de estas medidas se comunicará a la representación sindical y a los órganos de representación del personal facultativo estatutario.

2. Las disposiciones de esta ley relativas a jornadas de trabajo y periodos de descanso podrán ser suspendidas en un determinado centro, por el tiempo imprescindible y mediante resolución motivada adoptada previa consulta con los representantes del personal facultativo, cuando las circunstancias concretas que concurren en el centro imposibiliten el mantenimiento de la asistencia sanitaria a la población con los recursos humanos disponibles.



En este caso, se elaborará en un plazo no superior a un mes un plan urgente de captación de recursos humanos que permita restituir la normalidad en el mantenimiento de la asistencia sanitaria en el plazo de seis meses a partir de la suspensión.

3. Durante la duración de la situación extraordinaria referida en el punto anterior, se respetarán los límites establecidos de jornadas, pudiendo modificarse durante este tiempo solo los límites establecidos para la jornada para prestar asistencia urgente o emergente, dando preferencia a la voluntariedad y con las condiciones retributivas dispuestas en La propuesta 8 para la jornada motivada o por razón de servicio.
4. Los excesos de tiempo trabajado que se produzcan como consecuencia de las suspensiones dispuestas en este artículo, se compensarán a la finalización de la situación que las generó con el régimen de descansos y de minoración de jornada dispuestos en los puntos 4 y 7 la propuesta 12. Este régimen se aplicará para todas las jornadas efectuadas bajo la suspensión, independientemente de su duración, horario o día de la semana.
5. Las medidas especiales previstas en este artículo no podrán afectar al personal que se encuentre en situación de permiso por nacimiento y cuidado de menor o licencia por riesgo durante el embarazo o por riesgo durante la lactancia natural o por modificaciones individuales de jornada que traigan causa en razones de salud laboral o de cuidado de hijos o familiares a cargo.

PROPUESTA 20.- Jornada de trabajo a tiempo parcial.

1. Los nombramientos de personal estatutario, fijo o temporal, podrán expedirse para la prestación de servicios en jornada completa o para la prestación a dedicación parcial, en el porcentaje, días y horario que, en cada caso y atendiendo a las circunstancias organizativas, funcionales y asistenciales, se determine.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, determinarán la limitación máxima de la jornada a tiempo parcial respecto a la jornada completa, con el límite máximo del 75 por ciento de la jornada ordinaria, en cómputo anual, o del que proporcionalmente corresponda si se trata de nombramiento temporal de menor duración.

2. Cuando se trate de nombramientos de dedicación parcial, se indicará expresamente tal circunstancia en las correspondientes convocatorias de acceso o de movilidad voluntaria y en los procedimientos de selección de personal temporal.
3. Resultarán aplicables al personal estatutario los supuestos de reducciones de jornada establecidas para los funcionarios públicos en las normas aplicables en la correspondiente comunidad autónoma, para la conciliación de la vida familiar y laboral, concesión estará condicionada a que se garantice el adecuado funcionamiento del servicio público esencial.



PROPUESTA 21.- PROPUESTA DE DISPOSICIÓN TRANSITORIA. *Eliminación progresiva de la jornada complementaria*

1. Los Servicios de salud dispondrán de un periodo máximo de tres años para adaptación de sus normas, pactos y acuerdos a lo dispuesto en esta Ley.
2. Para el establecimiento del régimen de jornada especificado en las propeustas 4, 6 y 8, desde la entrada en vigor la jornada ordinaria se considerará de 35 horas y la suma conjunta de jornada ordinaria y complementaria jornada complementaria no podrá superar las 42 horas semanales hasta el 31 de diciembre de 2025, 39horas semanales hasta el 31 de diciembre de 2026 y 37,5 horas semanales hasta el 31 de diciembre de 2027, fecha límite en todo caso para la desaparición de la jornada complementaria. La jornada complementaria podrá realizarse en la modalidad de presencia física, que exigirá la permanencia del interesado en el propio centro durante el desarrollo de la guardia, o localizada, en cuyo caso el interesado deberá estar en disposición de acudir al centro de trabajo en un periodo de tiempo no superior a 40 minutos.
3. Durante el periodo de transición, la jornada complementaria desarrollada bajo la modalidad de guardia localizada computará como tiempo de trabajo y si como consecuencia de la misma el profesional presta asistencia presencial como mínimo el 30% de la duración de la guardia, ésta tendrá la consideración de guardia de presencia física a efectos retributivos
4. Durante el periodo de transición, por la obligatoriedad intrínseca a la jornada complementaria obligatoria, el trabajador que la desempeñe percibirá como mínimo las retribuciones, compensaciones y descansos correspondientes a la jornada extraordinaria.
5. Durante el periodo de transición los complementos variables de atención continuada serán percibidos en las situaciones de permiso por riesgo durante el embarazo, por nacimiento y cuidado del menor, lactancia, así como en situaciones de incapacidad temporal y durante el disfrute de períodos vacacionales.

PROPUESTA 22.- PROPUESTA PARA UNA DISPOSICIÓN ADICIONAL.- *Impulso al reconocimiento del tiempo trabajado a efectos de régimen de la Seguridad Social.*

El Gobierno impulsará dentro de sus competencias las medidas legislativas pertinentes para evaluar y alcanzar la consideración de las profesiones médicas y facultativas sanitarias como profesiones de riesgo, a efectos de su inclusión en un régimen especial de la Seguridad Social. Los tiempos de trabajo médico y facultativo, en cualesquiera de sus modalidades, incluyendo las jornadas extraordinarias y especiales realizadas, serán tenidos en cuenta para el cómputo de los coeficientes reductores aplicables en el régimen que se disponga.



5. Representación



Propuestas del grupo de trabajo 3

Área de representación

Propuesta para preámbulo. Introducción

El colectivo médico y de facultativos especialistas de área, supone aproximadamente -de manera promediada-, entre el 15 y 20 por ciento del conjunto de los empleados públicos estatutarios pertenecientes al SNS. En ese amplio conjunto de trabajadores se incluyen categorías de sanitarios y no sanitarios.

A pesar de ser una minoría en la estructura laboral de cada uno de los servicios de salud del territorio, este colectivo resulta esencial e insustituible para prestar de manera efectiva el servicio que ofrece el Sistema Nacional de Salud, esto es, el de garantizar de manera universal la salud de los ciudadanos, usuarios y pacientes a los que viene obligado a atender.

En términos de ejercicio profesional, a su vez, esta prestación de servicio de salud, se construye en torno a la relación única entre paciente y médico, mantenida estrictamente sobre la base de la confianza que el paciente deposita en su médico para que este, por medio del diagnóstico y tratamiento, consiga restaurar su salud en la medida que lo permitan los medios puestos a su disposición y el avance más actualizado de la ciencia médica.

Resulta por tanto una verdad evidente, que la figura del médico es central en el entramado del Sistema Nacional de Salud, e igualmente es evidente que en ningún caso podría tener sentido ni llevar a cabo su función de sostener uno de los pilares básicos del estado de bienestar de la sociedad española, si se extrajera de ese engranaje la profesión médica.

El ejercicio de la medicina implica, entre otras especificidades, una fundamental que define como ninguna otra el ejercicio de esta profesión: la responsabilidad de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, ya fueran médicas o quirúrgicas. Decisiones en muchos casos que no pueden ser demoradas y tienen que llevarse a cabo de manera inmediata por cualquier circunstancia imprevista, accidental o sobrevenida, que pudiera poner en peligro la vida del paciente.

Este hecho hace singular la figura del médico en el SNS.

No puede, por estos motivos, tratarse los diversos asuntos que atañen a la singularidad del colectivo médico y facultativo, junto con los del resto de la globalidad de los empleados públicos del SNS.

Se hace necesario que la Administración entienda que las especificidades del colectivo requieren ámbitos de negociación propios.

Los poderes públicos no pueden seguir ignorando esta realidad en la que los médicos y facultativos, simplemente, no se sienten representados en ninguna de las mesas negociadoras establecidas, ni a nivel estatal ni a nivel autonómico.



Esta percepción de los médicos de que son ignorados en la toma de decisiones sobre sus condiciones laborales y profesionales, da lugar a una relación tóxica con la administración pública, en este caso el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad correspondientes.

De esta forma, son el conflicto, la confrontación y el comité de huelga, los elementos repetitivos que vienen siendo la manera habitual de relación entre el colectivo y la Administración.

Se precisa por tanto de un ámbito de negociación en el que los médicos no sigan estando infrarrepresentados, si lo que se pretende es un entorno pacífico en el que ambas partes puedan exponer sus puntos de vista y llegar a conclusiones satisfactorias que beneficien al SNS, los profesionales y, en última instancia, al usuario y paciente del SNS.

Por todo ello es por lo que APEMYF considera clave de bóveda en sus reclamaciones, la de un ámbito propio de negociación para los médicos y facultativos del SNS, desde la instancia estatal hasta la autonómica.

Esto implica, de manera insoslayable, la conformación de unidades electorales de Juntas de Personal exclusivas para el colectivo, -sin perjuicio de que se establezcan otras-, el establecimiento de Mesas Sectoriales propias en cada servicio de salud y la constitución de una mesa estatal de negociación propia o Ámbito Médico y Facultativo de Negociación.

Es necesario, además, revisar y adecuar la representación en las Mesas Generales de Negociación, así como en los diversos entes decisorios del entramado de la función pública y la administración sanitaria a los que pudieran tener acceso legítimo las organizaciones sindicales profesionales de médicos y facultativos.



Propuestas del grupo de trabajo 3. Área de representación.

Propuesta 1 (Artículo 22 de anteproyecto) Foro Marco para el Diálogo Social.

1. El Foro Marco para el Diálogo Social es el órgano colegiado que tiene como objetivo constituir el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, así como promover el desarrollo armónico de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Está constituido por las Administraciones públicas presentes en la Comisión de Recursos Humanos y las organizaciones sindicales más representativas en el sector sanitario en general y en el sector de la profesión médica y facultativa en particular, conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹.
2. Depende de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, a la que prestará apoyo y asesoramiento efectivo en todas las funciones de coordinación de las políticas de recursos humanos que en esta ley se encargan a la citada comisión.
3. El Foro Marco para el Diálogo Social deberá ser informado de los acuerdos de las mesas sectoriales del sector sanitario, así como de los de las mesas generales que afecten a dicho sector.

Propuesta 2 (Artículo 23 de anteproyecto). Ámbito de negociación

1. El Ministerio de Sanidad constituirá al menos dos ámbitos de negociación, para lo cual convocará a las organizaciones sindicales sanitarias y otro para las organizaciones sindicales médicas representadas en el Foro Marco para el Diálogo Social a fin de negociar los contenidos de la normativa básica relativa al personal estatutario de los servicios de salud que dicho ministerio pudiera elaborar, cuando tales contenidos se refieran a las materias previstas en el artículo sobre pactos y acuerdos de esta ley, en todo aquello que no afecte a las competencias de las comunidades autónomas, y sin perjuicio de los asuntos atribuidos a la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado, incluyendo todos los aspectos relacionados con la relación laboral especial de residencia.

(1) Texto de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS en su art.35.3.a): (debe modificarse como sigue)

a) *El Foro Marco para el Diálogo Social, que, sin perjuicio de las competencias que determine la norma básica reguladora de las relaciones laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud, tiene como objetivo ser el ámbito de diálogo e información de carácter laboral, promoviendo el desarrollo armónico de sus condiciones. Estará constituido por las Administraciones públicas presentes en la Comisión de Recursos Humanos y las organizaciones sindicales más representativas en el sector sanitario EN GENERAL Y EN EL SECTOR DE LA PROFESIÓN MÉDICA Y FACULTATIVA EN PARTICULAR.*



2. Los Ámbitos de Negociación también impulsarán la adopción de criterios comunes que contribuyan a armonizar las políticas que afecten al personal estatutario y fomentará la mejora y concertación de las condiciones de trabajo del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, la coordinación en materia de movilidad, en especial en lo relativo a la violencia de género, siempre acompañando sus propuestas de la correspondiente cobertura presupuestaria, y sin perjuicio de las competencias de negociación sectoriales y territoriales atribuidas a los servicios autonómicos de salud.
3. Las reuniones de los Ámbitos de Negociación, podrán ser convocadas por decisión del ministerio, por acuerdo entre éste y las organizaciones sindicales correspondientes a cada Ámbito de Negociación, y por solicitud de las organizaciones sindicales que representen a más del cincuenta por ciento de los representados en el Foro Marco, convocándose con carácter ordinario, al menos una vez cada seis meses.
4. Los pactos y acuerdos alcanzados en los ámbitos de negociación estatal tendrán carácter público.



CAPÍTULO

Propuesta 3 (artículos 29, 30, 31 del anteproyecto y modificación del TREBEP)

Derecho a la representación, participación y negociación colectiva

Artículo *Criterios generales.*

Resultarán de aplicación al personal estatutario, en materia de representación, participación y negociación colectiva para la determinación de sus condiciones de trabajo, las normas generales contenidas en el capítulo IV del título III del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público sin perjuicio de lo establecido en su disposición transitoria quinta y la disposición derogatoria única y disposiciones de desarrollo, con las peculiaridades que se establecen en esta ley².

(2) Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (Debe modificarse como sigue)

Disposición adicional duodécima. Mesas de negociación en ámbitos específicos.

1. Para la negociación de las condiciones de trabajo del personal funcionario o estatutario de sus respectivos ámbitos, se constituirán las siguientes Mesas de Negociación:

a) Del personal docente no universitario, para las cuestiones que deban ser objeto de negociación comprendidas en el ámbito competencial del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

b) Del personal de la Administración de Justicia, para las cuestiones que deban ser objeto de negociación comprendidas en el ámbito competencial del Ministerio de Justicia.

c) Del personal estatutario de los servicios de Salud, para las cuestiones que deban ser objeto de negociación comprendidas en el ámbito competencial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que asumirá las competencias y funciones previstas en el artículo 11.4 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Mesa que se denominará «Ámbito de Negociación».

d) Del personal estatutario médico y facultativo de los servicios de salud, para las cuestiones que deban ser objeto de negociación comprendidas en el ámbito competencial del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y que asumirá las competencias y funciones previstas en el artículo 11.4 del estatuto marco del personal estatutario médico y facultativo de los servicios de salud. Mesa que se denominará «ámbito de negociación del personal estatutario médico y facultativo».

2. Además de la representación de la Administración General del Estado, constituirán estas Mesas de Negociación, las organizaciones sindicales a las que se refiere el párrafo segundo del artículo 33.1 de este Estatuto, cuya representación se distribuirá en función de los resultados obtenidos en las elecciones a los órganos de representación propios del personal en el ámbito específico de la negociación que en cada caso corresponda, considerados a nivel estatal.



Artículo Mesas sectoriales de negociación.

A los efectos de la negociación colectiva de las condiciones de trabajo del personal estatutario se constituirá en cada servicio de salud una Mesa Sectorial de Negociación y una Mesa Sectorial del Personal Médico y Facultativo, independiente de la Mesa General de Negociación en las materias que le son propias, en la que estarán presentes los representantes de la correspondiente Administración pública o servicio de salud y las organizaciones sindicales más representativas en el nivel estatal y de la comunidad autónoma, así como las que hayan obtenido el diez por ciento o más de los representantes en las elecciones para delegados y las diferentes juntas de personal en el servicio de salud.

Artículo Pactos y acuerdos.

1. En el seno de las diferentes mesas sectoriales a las que se refiere el artículo 30 de esta misma ley, los representantes de la Administración o servicio de salud y los representantes de las organizaciones sindicales podrán concertar pactos y acuerdos. Los pactos, que serán de aplicación directa al personal afectado, versarán sobre materias que correspondan al ámbito competencial del órgano que los suscriba. Los acuerdos se referirán a materias cuya competencia corresponda al órgano de gobierno de la correspondiente Administración pública y, para su eficacia, precisarán la previa, expresa y formal aprobación del citado órgano de gobierno.

La autoridad respectiva ordenará la publicación de los pactos celebrados y los acuerdos, una vez ratificados, en el Boletín Oficial que corresponda en función del ámbito territorial.

2. En el ámbito del personal estatutario -salvo lo establecido en el apartado 3 de este mismo artículo-, deberán ser objeto de negociación, con el alcance que legalmente proceda en cada caso, las siguientes materias:
 - a) La determinación y aplicación de las retribuciones del personal estatutario.
 - b) La determinación de los programas y fondos para la formación y perfeccionamiento.
 - c) Los planes de acción social.
 - d) Las normas y disposiciones que fijen los criterios generales relativos a la selección de personal estatutario y a la provisión de plazas, incluyendo la oferta global de empleo del servicio público.
 - e) La regulación de la jornada laboral, tiempo de trabajo y régimen de descansos.
 - f) El régimen de permisos y licencias.
 - g) Los planes de ordenación de recursos humanos.
 - h) Las normas y disposiciones que fijen los criterios generales de los sistemas de carrera y desarrollo profesional, así como de la promoción profesional del personal estatutario.
 - i) Las normas que fijen los criterios generales en materia de evaluación del desempeño.
 - j) Las materias relativas a la prevención de riesgos laborales.



- k) Las propuestas sobre la aplicación de los derechos sindicales y de participación.
 - l) En general, cuantas materias afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones del personal estatutario y sus organizaciones sindicales con la Administración pública o el servicio de salud.
3. En el ámbito del personal estatutario médico y facultativo, deberán ser objeto de negociación, con el alcance que legalmente proceda en cada caso, las siguientes materias:
- a) La determinación y aplicación de las retribuciones del personal estatutario médico y facultativo.
 - b) La determinación de los programas y fondos para la formación y perfeccionamiento del personal médico y facultativo.
 - c) Los planes de acción social del personal médico y facultativo.
 - d) Las normas y disposiciones que fijen los criterios generales relativos a la selección de personal estatutario y a la provisión de plazas, incluyendo la oferta global de empleo del servicio público y en concreto la que atañe al del personal médico y facultativo.
 - e) La regulación de la jornada laboral, tiempo de trabajo y régimen de descansos del personal médico y facultativo.
 - f) El régimen de permisos y licencias del personal médico y facultativo.
 - g) Los planes de ordenación de recursos humanos del personal médico y facultativo.
 - h) Las normas y disposiciones que fijen los criterios generales de los sistemas de carrera y desarrollo profesional, así como de la promoción profesional del personal estatutario médico y facultativo.
 - i) Las normas que fijen los criterios generales en materia de evaluación del desempeño del personal médico y facultativo.
 - j) Las materias relativas a la prevención de riesgos laborales del personal médico y facultativo.
 - k) Las propuestas sobre la aplicación de los derechos sindicales y de participación del personal médico y facultativo.
 - l) En general, cuantas materias afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones del personal estatutario del personal médico y facultativo y sus organizaciones sindicales con la Administración pública o el servicio de salud.
4. La negociación colectiva de las condiciones de trabajo del personal estatutario de los servicios de salud se efectuará mediante la capacidad representativa reconocida a las organizaciones sindicales en la Constitución y en la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical y según lo previsto en este capítulo y estará sujeta a los principios de legalidad, voluntad negociadora, buena fe negociadora, publicidad, transparencia y adecuada cobertura presupuestaria cuando esta sea necesaria para desarrollar los acuerdos alcanzados.

Las partes deberán proporcionarse mutuamente la información que resulte necesaria para la eficacia de la negociación, sin perjuicio del deber de confidencialidad en los casos que se requiera.

5. Quedan excluidas de la obligatoriedad de negociación:



- a) Las decisiones de las Administraciones Públicas o del servicio de salud que afecten a sus potestades de organización.
 - b) La regulación del ejercicio de los derechos de los ciudadanos y de los usuarios de los servicios sanitarios, así como el procedimiento de formación de los actos y disposiciones administrativas.
Cuando las consecuencias de tales decisiones, actos y disposiciones tengan repercusión sobre las condiciones de trabajo del personal estatutario contempladas en el segundo apartado de este artículo, procederá la negociación de dichas condiciones con las organizaciones sindicales presentes en las correspondientes Mesas sectoriales de negociación.
6. Corresponderá al Gobierno, o a los Consejos de Gobierno de las comunidades autónomas, en sus respectivos ámbitos, establecer las condiciones de trabajo del personal estatutario cuando no se produzca acuerdo en la negociación o no se alcance la aprobación expresa y formal a que alude el apartado 1 de este artículo.
 7. Se podrán establecer Comisiones Paritarias de seguimiento de los Pactos y Acuerdos con la composición y funciones que las partes determinen.



6. Planificación, ordenación y movilidad



Propuestas del grupo de trabajo 4

Área Planificación y ordenación del personal y de Selección,
provisión de puestos y movilidad.

TÍTULO I

CAPÍTULO II

Planificación y ordenación del personal estatutario

Artículo 12. *Principios generales.*

1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación, impulso de mejora de las condiciones de trabajo y modernización de las políticas de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.
2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como principal instrumento de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud, conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre los criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 13. *Plaza y puestos de la plantilla orgánica.*

1. La plaza es la unidad básica de la estructura administrativa del empleo público sanitario que representa a cada uno de los efectivos de carácter estructural que, como máximo, pueden prestar servicios en los centros e instituciones del Sistema Nacional de Salud. Comprenderá el conjunto de funciones, tareas u otras responsabilidades correspondientes a una categoría profesional encomendadas por el ordenamiento jurídico a cada estatutario o estatutaria para cuyo adecuado desempeño es exigible una titulación específica o un determinado perfil de competencias profesionales.

2. La plantilla orgánica de los centros e instituciones de los servicios de salud comprenderá, los siguientes puestos:

- a) Plazas.
- b) Puestos singularizados.
- b) Cargos intermedios.
- c) Puestos de personal directivo profesional.

Artículo 14. *Puestos singularizados.*



1. Se consideran puestos singularizados aquellas plazas básicas que por razón de su pertenencia a una unidad o ámbito funcional especializado y diferenciado en la estructura de la organización y debido a su complejidad, dificultad técnica, responsabilidad, o contenido, requieran para su desempeño de unos conocimientos especializados y de una experiencia y formación específica.
2. Las plazas singularizadas se identificarán con un código identificativo en la plantilla orgánica, con expresión de su denominación, número y de las características especiales de las mismas que incluirán necesariamente la categoría y especialidad si procede, a la que pertenecen, así como los requisitos específicos para su desempeño.
3. Las plazas singularizadas será objeto de negociación en la mesa sectorial, definiéndose por sus características especiales para todas las áreas comunes al servicio de salud correspondiente.

Artículo 15. Cargos intermedios.

1. Se considerarán cargos intermedios los puestos de jefatura y aquellos otros cuyas funciones, además de las propias de su categoría profesional son la planificación, dirección, coordinación, gestión y supervisión de los medios personales y materiales asignados a la unidad en la que ejerzan sus funciones. Los cargos intermedios desarrollan las actuaciones necesarias conducentes a la consecución de las metas, objetivos y resultados establecidos en el contrato de gestión o en los instrumentos que en cada momento determinen los órganos competentes de cada Administración sanitaria.
2. Los puestos de cargos intermedios pueden configurarse en la plantilla orgánica como un puesto de trabajo autónomo, o como un encargo de funciones al personal estatutario fijo que ocupe una plaza básica, una vez superado el procedimiento de provisión establecido al efecto, sin que en este caso ello suponga plaza vacante susceptible de sustituir o duplicidad de plazas.
3. El personal que ocupe un cargo intermedio estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión, y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados, al menos cada cuatro años.

Artículo 16. Personal directivo profesional.

1. Se consideran puestos de personal directivo profesional los que tienen atribuidas funciones directivas profesionales de gestión o ejecución, con margen de autonomía y con responsabilidad en su gestión y control del cumplimiento de los objetivos propuestos y figuren como tal en las plantillas orgánicas de los servicios de salud.
2. Los puestos de personal directivo se crean, modifican y suprimen por la normativa reguladora de la estructura orgánica de cada servicio de salud y forman parte de la plantilla orgánica de cada centro o institución.
3. El servicio de salud correspondiente identificará y definirá los diferentes perfiles de personal directivo, y establecerá los roles de gestión que tendrán responsabilidades y requerirán competencias específicas.



4. El personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados, al menos cada cuatro años.

Artículo 17. *Planificación de recursos humanos.*

1. La planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios, velando por la salud y seguridad del personal.

2. En el ámbito de cada servicio de salud, y previa negociación en las mesas sectoriales correspondientes, se adoptarán las medidas necesarias para la planificación eficiente de las necesidades de personal y situaciones administrativas derivadas de la reasignación de efectivos, y para la programación periódica de las convocatorias de selección, promoción interna y movilidad.

3. Los cambios en la distribución o necesidades de personal que se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales, se articularán de conformidad con las normas aplicables en cada servicio de salud, sin perjuicio de lo establecido en las normas de movilidad por razón del servicio.

En todo caso, el personal podrá ser adscrito a los centros o unidades ubicados dentro del ámbito que en su nombramiento se precise.

Artículo 18. *Planes de ordenación de recursos humanos.*

1. Cada servicio de salud realizará sus planes de ordenación de recursos humanos donde figuren las medidas necesarias para garantizar la cobertura de necesidades de profesionales, realización de la oferta de empleo público y valoración de las necesidades de plazas.

2. Los planes de ordenación de recursos humanos podrán ser generales o específicos y constituyen el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro del servicio de salud o en el ámbito que en los mismos se precise.

Los planes de ordenación de recursos humanos recogerán los objetivos a conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos.

Asimismo, podrán establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación e incorporación de recursos, programación del acceso, formación, movilidad geográfica y funcional y promoción interna y reclasificación e integración de los profesionales.

Estos planes especificarán también los criterios de determinación de los puestos de difícil cobertura en cada servicio de salud, de acuerdo con sus necesidades y situación específica, conteniendo su clasificación, las variables a tener en cuenta para dicha clasificación, y los sistemas de incentivación a considerar.



3. Los planes de ordenación de recursos humanos tendrán en cuenta las condiciones necesarias para el acceso, el desarrollo y carrera profesional, la certificación R3 y la movilidad nacional e internacional de los profesionales del Sistema Nacional de Salud que desarrollan actividad asistencial e investigadora en los términos que establece el artículo 85 de la Ley 14/2007 de 3 de julio de investigación biomédica para las categorías profesionales específicas de personal clínico e investigador.

4. Los planes de ordenación de recursos humanos se aprobarán y publicarán al menos cada cuatro años, en la forma en que cada servicio de salud se determine. Serán previamente objeto de negociación en las mesas sectoriales correspondientes.

5. Estos planes de ordenación de recursos humanos de los servicios de salud serán trasladados a la Comisión de Recursos Humanos para realizar el análisis de las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 19. *Ordenación del personal estatutario.*

1. De acuerdo con el criterio de agrupación unitaria de las competencias y aptitudes profesionales, de las titulaciones y de los contenidos específicos de la función a desarrollar, y la descripción de los puestos o plazas, los servicios de salud establecerán las diferentes categorías o grupos de médicos y facultativos existentes en su ámbito.

2. La integración del personal estatutario en las distintas instituciones o centros se realizará mediante su incorporación a una plaza, y si procede, en un puesto de trabajo o función.

En el ámbito de cada servicio de salud, atendiendo a las características de su organización sanitaria y previa negociación en las mesas sectoriales correspondientes, se establecerán las plantillas orgánicas, los instrumentos técnicos o equivalentes de ordenación del personal en el que se agrupen y enumeren las plazas o puestos.

3. Las plantillas orgánicas, los instrumentos técnicos o equivalentes de ordenación del personal a los que se refiere el apartado anterior serán incluidos en los Portales de Transparencia correspondientes con la periodicidad que se determine en la normativa aplicable y al menos cada vez que estos sean actualizados.

Artículo 20. *Creación, modificación y supresión de categorías.*

1. En el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones establecidas en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos y en el capítulo sobre representación, participación y negociación colectiva de esta norma.

2. Corresponde al Ministerio de Sanidad la aprobación de un catálogo homogéneo donde se establecerán las equivalencias de las categorías profesionales de los servicios de salud, el cual deberá ser revisado periódicamente para su actualización.

3. Con carácter previo a la publicación de la norma o resolución que acuerde la creación, modificación, supresión o declaración de extinción de alguna categoría, los



servicios de salud deberán informar de ese hecho al Ministerio de Sanidad, tal y como se establece en la normativa de desarrollo.

El Ministerio de Sanidad procederá posteriormente a la elaboración del cuadro de equivalencias y a la homologación de las categorías creadas, modificadas o suprimidas conforme a lo previsto en el primer apartado del artículo sobre movilidad voluntaria del presente estatuto.

El catálogo homogéneo de equivalencias será revisado al menos cada año para su actualización.

Artículo 21. Registros de personal.

1. Como instrumento básico para la planificación de los recursos humanos, los servicios de salud establecerán registros de personal en los que se inscribirá a quienes presten servicios en los respectivos centros e instituciones de los servicios de salud.

La creación de dichos registros se ajustará a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Los datos de los registros correspondientes a los profesionales sanitarios deberán ser comunicados al Ministerio de Sanidad, para su inclusión en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios de acuerdo con lo establecido en su norma de desarrollo.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará los requisitos, y procedimientos y contenidos mínimos para posibilitar el tratamiento conjunto y la utilización recíproca de la información contenida en los registros de personal de los servicios de salud, que se integrarán en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud y en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, con respeto a lo establecido en la legislación de protección de datos de carácter personal y en la normativa contra la violencia de género.

3. En el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se acordará un conjunto mínimo de datos que cada servicio de salud tendrá que comunicar para permitir el seguimiento de la planificación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

El ámbito de negociación será informado a este respecto.

Artículos 22 y 23. Modificados en el documento del grupo 3

TÍTULO IV

Selección, provisión de puestos y movilidad

CAPÍTULO I

Sistemas de selección.



Artículo 46. *Convocatorias de selección y requisitos de participación.*

1. La selección del personal médico y facultativo especialista estatutario fijo se efectuará con carácter periódico, al menos bienal, en el ámbito que en cada servicio de salud se determine, a través de convocatoria pública y mediante procedimientos que garanticen los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como el de la competencia y la libre concurrencia.

Las convocatorias se publicarán en el boletín o diario oficial de la correspondiente Administración pública, con un plazo máximo de resolución de dos años. No se podrá publicar una nueva convocatoria si no se ha finalizado la anterior.

2. Los procedimientos de selección, sus contenidos y en su caso pruebas se adecuarán a las funciones a desarrollar en las correspondientes plazas incluyendo en su caso, la acreditación del conocimiento de la lengua oficial de la respectiva comunidad autónoma en la forma que establezcan las normas autonómicas de aplicación.

3. Las convocatorias y sus bases vinculan a la Administración, a los tribunales encargados de juzgar las pruebas y a quienes participen en las mismas. Las convocatorias y sus bases, una vez publicadas, solamente podrán ser modificadas con sujeción estricta a las normas de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

4. Las convocatorias deberán identificar las plazas convocadas indicando, al menos, su número, destino y características para cada categoría facultativa profesional y especialidad, y especificarán las condiciones y requisitos que deben reunir los aspirantes, el plazo de presentación de solicitudes, el contenido de las pruebas de selección, los baremos y programas aplicables a las mismas y el sistema de calificación.

5. Para poder participar en los procesos de selección de personal estatutario fijo será necesario reunir los siguientes requisitos:

a) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión Europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.

b) Estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.

c) Acreditar la competencia lingüística en los conocimientos de español en el caso de nacionales de otros estados.

d) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.

e) Tener cumplidos 18 años y no exceder, en su caso, de la edad máxima de jubilación forzosa.



f) No ostentar la condición de personal estatutario (o funcionario) fijo en el Sistema Nacional de Salud en la misma categoría y/ o especialidad a la que se pretende acceder.

g) En el caso de personas con nacionalidad española y nacionales de los Estados mencionados en el párrafo a), no haber sido separadas del servicio, mediante sanción firme, de cualquier Servicio de salud o Administración pública, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, el ejercicio profesional o para el acceso a funciones o servicios públicos en un Estado miembro.

h) No haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que modifica parcialmente la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Tampoco condenas por violencia de género o contra la libertad sexual o por cuestiones de odio racial

Los mencionados requisitos deberán cumplirse el día de finalización del plazo de presentación de solicitudes y mantenerse hasta el momento de la toma de posesión.

6. El requisito de la nacionalidad podrá ser eximido solo por ley de las asambleas legislativas de las comunidades autónomas para las categorías en que así lo requieran las necesidades asistenciales cuando quede acreditado el interés general y la necesidad urgente de la provisión de la plaza o funciones.

7. En las convocatorias para la selección de personal estatutario se reservará en cada servicio de salud, al menos, el porcentaje que se encuentre vigente con carácter general para la función pública, de las plazas convocadas para ser cubiertas entre personas con discapacidad de grado igual o superior al 33 por ciento. La reserva del citado porcentaje se realizará de manera que, al menos, el dos por ciento de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten discapacidad intelectual y el resto de las plazas ofertadas lo sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad siempre que superen las pruebas selectivas y que, en su momento, acrediten el indicado grado de discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas y funciones correspondientes.

El acceso a la condición de personal estatutario de las personas con discapacidad se inspirará en los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación y compensación de desventajas, procediéndose, en su caso, a la adaptación de las pruebas de selección a las necesidades específicas y singularidades de estas personas, así como la adaptación del puesto de trabajo en el que van a desarrollar sus funciones en el caso de ser necesario.

8. Como medida para reducir la temporalidad y mantener una adecuada prestación de los Servicios públicos, en las convocatorias de los procesos selectivos para acceder a la condición de personal fijo se podrán incluir un número adicional de plazas que podrán ser cubiertas en el plazo máximo que se establezca, con cargo a posteriores ofertas de empleo público y dentro de los límites establecidos por la normativa presupuestaria. La adjudicación de las plazas adicionales se hará por orden de puntuación entre las personas aspirantes que habiendo superado el proceso selectivo no hubieran obtenido plaza.



Sin perjuicio de su nombramiento como personal fijo, la convocatoria podrá establecer que el destino adjudicado a este colectivo tenga carácter provisional, estableciendo en este caso el procedimiento para la obtención de un destino definitivo.

9. Las bases de las convocatorias establecerán los mecanismos necesarios que permitan que se cubran de manera efectiva todas las plazas convocadas, cuando las personas seleccionadas renuncien a su nombramiento, o no tomen posesión del mismo.

10. Los servicios de salud implantarán sistemas de registro electrónico de méritos para facilitar la presentación y baremación de los mismos, en los procedimientos en los que resulte necesario.

Artículo 47. *Sistemas de selección.*

1. Para la selección de personal médico y facultativo para plazas y puestos que exijan estar en posesión de una especialidad en ciencias de la salud, el sistema que se utilizará con carácter general será el de concurso de méritos.

En el resto de los casos el sistema de selección será mediante el concurso-oposición.

En situaciones excepcionales, podrá realizarse la selección mediante el sistema de oposición, si resulta más adecuado en función de las características de las funciones a realizar.

2. La oposición consiste en la celebración de una o más pruebas dirigidas a evaluar la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones, así como a establecer su orden de prelación.

La convocatoria deberá establecer criterios o puntuaciones para superar la oposición o cada uno de sus ejercicios.

3. El concurso consiste en la evaluación de la competencia, aptitud e idoneidad de los aspirantes para el desempeño de las correspondientes funciones a través de la valoración con arreglo a baremo de los aspectos más significativos de los correspondientes currículos, así como a establecer su orden de prelación.

La convocatoria deberá establecer criterios o puntuaciones para superar el concurso o alguna de sus fases.

4. Los baremos de méritos en las pruebas selectivas para el acceso a nombramientos de personal estatutario se dirigirán a evaluar las competencias profesionales de los aspirantes a través de la valoración ponderada, de su currículo profesional y/o formativo según se determine en la correspondiente convocatoria.

Reglamentariamente y, con carácter básico, se regularán los principios y criterios que determinen las características comunes de los baremos de méritos que sean de aplicación en los procesos selectivos y de provisión de plazas y puestos que sean convocados para el acceso a la condición de personal estatutario, tanto de carácter fijo como de carácter temporal y, en los procedimientos de movilidad previstos en el artículo 56.

5. En los baremos de méritos específicos, en pruebas selectivas de los profesionales del sistema nacional de salud en plazas de categorías profesionales clínicas e investigadoras



se tendrá en cuenta, además, la certificación R3 regulada en el artículo 22.3 de la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. Esta certificación R3 será considerada igualmente a los efectos de lo dispuesto en el artículo 22.bis.1 de dicha Ley.

6. El concurso-oposición consistirá en la realización sucesiva, y en el orden que la convocatoria determine, de los dos sistemas anteriores.

7. En el ámbito de cada servicio de salud se regulará la composición y funcionamiento de los órganos de selección, que serán de naturaleza colegiada y actuarán de acuerdo con criterios de objetividad, imparcialidad, agilidad y eficacia.

Sus miembros deberán ser médicos o facultativos que ostenten la condición de personal fijo, estatutario o laboral, o funcionario de carrera de las Administraciones públicas o de los servicios de salud, o de los centros vinculados al Sistema Nacional de Salud, de la misma profesión o categoría y con titulación del nivel académico igual o superior a la exigida en la correspondiente convocatoria, con excepción de los secretarios que podrán ser personal empleado público fijo en plaza o categoría de mismo nivel académico. Uno de los miembros deberá ser elegido entre los representantes sindicales del servicio de salud, que ostenten la condición de condición de personal fijo, estatutario o laboral, o funcionario de carrera, de la misma profesión o categoría y con titulación académica igual o superior a la exigida para la correspondiente convocatoria. Les será de aplicación lo dispuesto en la normativa reguladora de los órganos colegiados y de la abstención y recusación de sus miembros.

En aquellas categorías profesionales en las que no exista personal empleado público fijo en la plaza o categoría para la que se exija titulación de nivel académico igual o superior a la exigida, se podrán constituir tribunales con personal fijo de otras categorías cuyas funciones guarden relación.

El órgano de selección designado por la administración convocante podrá ser único, por subgrupos de clasificación, para las distintas categorías estatutarias objeto de convocatoria, sin perjuicio de que pueda estar asesorado, sí así se precisase, por especialistas en las correspondientes categorías.

Garantizarán la paridad entre mujeres y hombres y se promoverá, igualmente la participación en los mismos de personas con discapacidad, en particular en aquellos procesos en los que exista turno de reserva para este colectivo.

Se podrán crear órganos o comités especializados, permanentes y renovables para el desarrollo de los procesos selectivos, valorándose la formación en procesos de selección de sus integrantes.

Las resoluciones o acuerdos de los tribunales vinculan a la Administración, salvo que se hubiera incurrido en defectos esenciales de procedimiento.

8. La pertenencia a los órganos de selección será siempre a título individual, no pudiendo ostentarse ésta en representación o por cuenta de nadie.

Artículo 48. Nombramientos de personal estatutario fijo.



1. Los nombramientos como personal estatutario fijo serán expedidos a favor de los aspirantes que hayan superado el proceso selectivo.
2. Los nombramientos serán publicados en la forma que se determine en cada servicio de salud, y en todo caso en los Boletines o Diarios Oficiales que corresponda.
3. En el nombramiento se indicará expresamente el ámbito al que corresponde, conforme a lo previsto en la convocatoria y en las disposiciones aplicables en cada servicio de salud.
4. Los órganos de selección no podrán proponer el acceso a la condición de personal estatutario fijo de un número superior al de plazas convocadas, excepto cuando así lo prevea la propia convocatoria. No obstante, siempre que los órganos de selección hayan propuesto el nombramiento de igual número de aspirantes que el de plazas convocadas, y con el fin de asegurar la cobertura de las mismas, cuando se produzcan renunciaciones de los aspirantes seleccionados, antes de su nombramiento o toma de posesión, el órgano convocante podrá requerir del órgano de selección relación complementaria de los aspirantes que sigan a los propuestos, para su nombramiento como personal estatutario fijo.

Artículo 49. *Selección de personal estatutario temporal.*

1. La selección del personal estatutario temporal se efectuará a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en todo caso en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia, publicidad y celeridad y tendrán por finalidad la cobertura inmediata del puesto. Dichos procedimientos serán establecidos previa negociación en las mesas sectoriales correspondientes, utilizando para los nombramientos cualquiera de los supuestos contemplados en los artículos sobre personal estatutario interino y sustituto de esta ley.

El nombramiento derivado de estos procedimientos de selección en ningún caso dará lugar al reconocimiento de la condición de estatutario fijo.

En todo caso, el personal estatutario temporal deberá reunir los requisitos establecidos en el artículo 46.5 de esta ley.

2. Las plazas vacantes que se generen deberán ser objeto de cobertura inmediata, con un máximo de tres meses, mediante un sistema de movilidad dentro del área de salud en la que se encuentre la vacante y, posteriormente, mediante movilidad dentro de la comunidad autónoma correspondiente. Ambos sistemas se acordarán siguiendo los mecanismos legitimados para ello en cada una de las Administraciones sanitarias. La resulta de la vacante se ofrecerá al sistema de movilidad a nivel estatal descrito en el artículo 56. Finalmente, se acudirán a la bolsa de trabajo para la cobertura de la plaza por parte de personal estatutario interino. La cobertura de la plaza por los procesos de selección establecidos en este articulado conlleva el cese del personal estatutario interino que venía desempeñándola.

3. El personal estatutario temporal podrá estar sujeto a un período de prueba, durante el que será posible la resolución de la relación estatutaria a instancia de cualquiera de las partes. El período de prueba no podrá superar los dos meses de trabajo efectivo. En ningún



caso el período de prueba podrá exceder de la mitad de la duración del nombramiento, si esta está precisada en el mismo.

La no superación del periodo de prueba obedecerá a motivos razonados, y se comunicará por escrito al interesado.

Estará exento del período de prueba quien ya lo hubiera superado con ocasión de un anterior nombramiento temporal para la realización de funciones de las mismas características en el Sistema Nacional de Salud en los dos años anteriores a la expedición del nuevo nombramiento.

4. Todo el tiempo trabajado en el SNS, en sistemas públicos de salud en cualquier otro país, las actividades de investigación, así como las actividades docentes, con independencia de la naturaleza contractual, se tendrán en cuenta en los baremos que se establezcan para la selección de personal estatutario temporal, aplicando coeficientes específicos que asimilen a la actividad asistencial en la comunidad a la que se accede.

CAPÍTULO II

Provisión de plazas y puestos.

Sección 1. ° Régimen general de provisión

Artículo 50. Criterios generales de provisión.

1. La provisión de plazas y puestos de trabajo del personal estatutario se realizará por los sistemas de selección de personal, de promoción interna y de movilidad, así como por reingreso al servicio activo en los supuestos y mediante el procedimiento que en cada servicio de salud se establezcan.

2. La provisión de plazas y puestos de trabajo del personal estatutario se regirá por los siguientes principios básicos:

a) Igualdad, mérito, capacidad, transparencia y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud.

b) Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica, como mínimo bienal, de las convocatorias.

c) Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus instituciones y centros.

d) Garantizar la movilidad del personal en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

e) Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.

f) Participación a través de la negociación en las correspondientes mesas sectoriales, de las organizaciones sindicales, especialmente en la determinación de las condiciones y procedimientos de selección, promoción interna y movilidad, del número de las plazas de cada categoría convocadas y de la periodicidad de las convocatorias.



g) Adecuación entre el contenido de los procesos de provisión y las funciones a desarrollar.

h) Agilidad, sin perjuicio de la objetividad, en los procesos de provisión.

3. Cada servicio de salud se determinará los puestos que puedan ser provistos mediante concurso de méritos y libre designación, previa convocatoria pública.

4. Los supuestos y procedimientos para la provisión de plazas y puestos que estén motivados o se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales, se establecerán en cada servicio de salud conforme a lo previsto en el artículo sobre la planificación de recursos humanos.

Artículo 51. *Plazas y puestos de difícil cobertura.*

1. Se entenderá por puestos de difícil cobertura aquellos que se determinen en los planes de ordenación para garantizar de forma adecuada las necesidades asistenciales.

2. Los servicios de salud determinarán para su ámbito territorial, previa negociación en las correspondientes mesas sectoriales, los criterios para el establecimiento y supresión de plazas y puestos catalogados como de difícil cobertura, así como sus características, sistema de incentivación y reconocimiento a efectos curriculares, profesionales y laborales, que contribuyan a garantizar su efectiva cobertura, los cuales serán comunicados a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Cualquier modificación de los criterios establecidos también deberá ser comunicada.

Las plazas y puestos catalogados como de difícil cobertura tendrán carácter público.

Ante la misma necesidad, los servicios de salud podrán declarar también centros en su conjunto como de difícil cobertura.

3. Cada servicio de salud establecerá en los baremos para los procedimientos de selección y provisión, la valoración de los servicios prestados en puestos y plazas catalogados como de difícil cobertura siguiendo el principio de igualdad, con independencia del servicio de salud donde se hayan prestado.

Asimismo, se podrá disponer que dichos procedimientos sean susceptibles de un régimen especial de provisión como los descritos en esta ley.

4. Los incentivos previstos en los apartados anteriores se reconocerán con criterios de homogeneidad en el Sistema Nacional de Salud.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de incentivación establecidos por los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de estos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Sección 2. ° Regímenes especiales de provisión

Artículo 52. *Regímenes especiales de provisión.*



1. Tendrán un especial régimen de provisión:

a) Aquellos puestos de trabajo que estén determinados conforme a la normativa del correspondiente servicio de salud como puestos directivos.

b) Aquellos puestos considerados cargos intermedios, como las jefaturas y los puestos que desarrollen funciones de gestión clínica o de gestión de recursos y administración.

2. El procedimiento normalizado de provisión de puestos directivos será la libre designación con convocatoria pública, garantizando la objetividad, la transparencia y la libre concurrencia en todo el proceso. La formalización de este tipo de contratación o vinculación podrá efectuarse bien como personal estatutario, o en el caso de que la persona no ostente dicha condición, conforme al régimen laboral especial de alta dirección, y se realizará mediante resolución motivada del órgano de gobierno correspondiente.

En la evaluación de competencias e idoneidad de las personas candidatas a puestos de dirección de los centros del SNS, el órgano de selección deberá valorar la formación, la experiencia y el proyecto de gestión que hayan elaborado. La exposición del proyecto de los candidatos se deberá realizar en sesión pública y abierta.

El cese del personal directivo corresponderá al órgano de gobierno competente, a través de resolución motivada.

3. Los puestos de jefatura de unidad, así como otros que estén relacionados en la plantilla, tanto sanitaria como no sanitaria, serán provistos por el sistema de libre designación cuando así se establezca en cada servicio de salud, previa convocatoria pública.

4. En la selección del personal para el acceso a las funciones de gestión descritas en el artículo 10 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, los servicios de salud utilizarán el sistema de concurso, consistente en la evaluación por un tribunal de la competencia profesional de los aspirantes, tras la exposición y defensa pública por los interesados de una memoria de gestión del puesto convocado o las funciones a desempeñar, así como del resto de méritos que determine la convocatoria.

En la composición de los tribunales evaluadores deberá garantizarse que la mayoría de sus miembros sean de la misma categoría profesional, y en su caso especialidad, que la persona evaluada, así como una representación equilibrada de ambos géneros. Asimismo, con carácter general, la mayoría de sus miembros serán personal fijo del Sistema Nacional de Salud.

Sección 3ª. Promoción interna

Artículo 53. Promoción interna.

1. Con objeto de garantizar el derecho individual a la progresión profesional, los servicios de salud facilitarán e incentivarán la promoción interna del personal estatutario fijo a



través de las convocatorias previstas en esta ley y en las normas correspondientes del servicio de salud.

2. El personal estatutario fijo podrá acceder mediante promoción interna, y dentro de su servicio de salud de destino, a nombramientos correspondientes a otra categoría, siempre que el título exigido para el ingreso sea de igual o superior nivel académico que el de la categoría de procedencia, y sin perjuicio del número de niveles existentes entre ambos títulos.

3. En los procesos de selección se reservará un porcentaje de plazas para promoción interna, a determinar mediante negociación en las mesas sectoriales correspondientes, acumulándose dichas plazas al turno libre sí no fuesen ocupadas. Los procedimientos para la promoción interna se desarrollarán de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad, publicidad, y por los sistemas de oposición, concurso o concurso-oposición. Podrán realizarse a través de convocatorias específicas sí así lo aconsejan razones de planificación o de eficacia en la gestión.

4. Para participar en los procesos selectivos para la promoción interna será requisito ostentar la titulación requerida y estar en servicio activo o en excedencia en sus diversas modalidades, y con nombramiento como personal estatutario fijo durante, al menos, dos años en la categoría de procedencia. En el caso de que se pretenda cubrir categorías deficitarias o de difícil cobertura, la permanencia podrá reducirse a un año.

5. No se exigirá el requisito de titulación para el acceso a las categorías pertenecientes a los Grupos 5 y 4 del personal estatutario de gestión y servicios de esta ley, salvo que sea necesaria una titulación, acreditación o habilitación profesional específica para el desempeño de las nuevas funciones, siempre que el interesado haya prestado servicios durante cinco años en la categoría de origen y ostente la titulación exigida en el grupo inmediatamente inferior al de la categoría a la que aspira a ingresar.

6. Los aspirantes que concurran por el sistema de promoción interna podrán obtener, sí así lo prevé la convocatoria, una puntuación adicional que se otorgará atendiendo fundamentalmente al contenido funcional de la categoría estatutaria de procedencia. También se podrá prever en la convocatoria la exención de alguna de las pruebas de selección o de una parte del temario.

7. El personal seleccionado por el sistema de promoción interna tendrá preferencia para la elección de plaza respecto del personal seleccionado por el sistema de acceso libre.

Artículo 54. Promoción interna temporal.

1. Por necesidades del servicio y en los supuestos y bajo los requisitos que al efecto se establezcan en cada servicio de salud, se podrá ofrecer al personal estatutario fijo el desempeño temporal y con carácter voluntario, de funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo nivel de titulación o de nivel superior, siempre que ostente la titulación correspondiente.

El procedimiento para efectuar nombramientos de promoción interna temporal será objeto de negociación en las mesas sectoriales. Estos nombramientos tendrán una duración



máxima de tres años, salvo que la plaza sea cubierta por uno de los nombramientos previstos para el personal estatutario sustituto.

No obstante, transcurridos tres años desde el nombramiento del personal estatutario en situación de promoción interna sobre vacante, se producirá el fin de la relación de promoción interna temporal, y la vacante solo podrá ser ocupada por personal estatutario fijo, salvo que en el correspondiente proceso selectivo o de movilidad quede desierto, en cuyo caso se podrá ofertar de nuevo por promoción interna temporal.

2. Durante el tiempo en que realice funciones en promoción interna temporal, el personal mantendrá la reserva de la plaza de origen y percibirá las retribuciones correspondientes a las funciones efectivamente desempeñadas. Las plazas de origen reservadas no computarán a efectos de temporalidad o estabilización.

Los trienios se devengarán y harán efectivos por la cuantía correspondiente a la categoría que el personal desempeñe durante los tres años de manera continua o discontinua en el momento del perfeccionamiento.

3. El ejercicio de funciones en promoción interna temporal no supondrá la consolidación de derecho alguno en relación con la obtención de nuevo nombramiento.

CAPÍTULO III

Movilidad

Se ha eliminado la movilidad por razón de servicio

Artículo 56. Movilidad voluntaria.

1. Con el fin de garantizar la movilidad en términos de igualdad efectiva del personal estatutario y funcionario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad tras recabar informe al respecto de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, mantendrá actualizado el Catálogo homogéneo de equivalencias, que permita la homologación de las distintas categorías funcionales de personal estatutario de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, con las garantías sobre la creación, modificación y supresión de categorías previstas en esta ley.

2. Los procedimientos de movilidad voluntaria convocados por cada servicio de salud, estarán abiertos a la participación del personal estatutario o funcionario fijo de la misma categoría y especialidad, así como, en su caso, de la misma modalidad del resto de los servicios de salud. El personal estatutario o funcionario de otros servicios de salud participará en los procesos de movilidad voluntaria con las mismas condiciones y requisitos que el personal estatutario del servicio de salud que realice la convocatoria y atendiendo a criterios de reciprocidad.



Se establecerá un sistema de modalidad de concurso abierto y permanente, al cual podrán optar todos los profesionales con nombramiento estatutario fijo. Habrá una convocatoria pública abierta de forma permanente, y de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad según los méritos establecidos. Los listados se actualizarán anualmente los cuales se utilizarán según se define en el artículo 49 de esta misma ley.

4. Cuando de un procedimiento de movilidad se derive cambio en el servicio de salud de destino, el plazo de toma de posesión será de un mes a contar desde el día del cese en el destino anterior, que deberá producirse en los tres días siguientes a la notificación o publicación del nuevo destino adjudicado.

El tiempo de toma de posesión será remunerado con cargo al servicio de salud del nuevo destino, contando la antigüedad a todos los efectos.

5. Los destinos adjudicados mediante sistemas de movilidad voluntaria son irrenunciables, salvo que el interesado presente escrito de renuncia motivada por la obtención de plaza en virtud de la resolución de un procedimiento de movilidad voluntaria convocado por otra Administración pública.

6. Se entenderá que el interesado solicita la excedencia voluntaria por interés particular, y será declarado en dicha situación por la administración en la que prestaba servicios, cuando no se incorpore al destino obtenido en un procedimiento de movilidad voluntaria dentro de los plazos establecidos, o de las prórrogas de los mismos que legal o reglamentariamente procedan, previa comunicación de dicha circunstancia por parte del servicio de salud convocante al servicio de salud de origen.

No obstante, lo anterior, sí existen causas suficientemente justificada, previa audiencia del interesado, podrá dejarse sin efecto dicha situación por la administración que efectuó la convocatoria. En tal caso, el interesado deberá incorporarse a su nuevo destino tan pronto desaparezcan las causas que en su momento lo impidieron.

Artículo 57. *Movilidad por razón de violencia de género, violencia sexual y violencia terrorista.*

1. Las mujeres víctimas de violencia de género o de violencia sexual que se vean obligadas a abandonar el puesto de trabajo en la localidad donde venían prestando sus servicios, para hacer efectiva su protección o el derecho a la asistencia social integral, tendrán derecho al traslado a otra plaza de su misma categoría profesional, sin necesidad de que sea vacante. Aun así, en tales supuestos, la Administración Pública competente estará obligada a comunicarle las vacantes ubicadas en la misma localidad o en las localidades que la interesada expresamente solicite.

En caso necesario, las Comunidades Autónomas facilitarán la movilidad entre servicios de salud con el fin de asegurar el efectivo derecho a la movilidad de las mujeres víctimas de violencia de género o de violencia sexual.

2. Para hacer efectivo su derecho a la protección y a la asistencia social integral, el personal estatutario fijo y temporal que haya sufrido daños físicos o psíquicos como consecuencia de la actividad terrorista, su cónyuge o persona que haya convivido con análoga relación de afectividad, y los hijos de los heridos y fallecidos, siempre que



ostenten la condición de personal estatutario y de víctima del terrorismo de acuerdo con la legislación vigente, así como el personal estatutario fijo y temporal amenazado en los términos del artículo 5 de la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo, previo reconocimiento del Ministerio del Interior o de sentencia judicial firme, tendrán derecho al traslado a otra plaza de su misma categoría profesional, cuando la vacante sea de necesaria cobertura o, en caso contrario, dentro de la comunidad autónoma. Aun así, en tales supuestos la Administración Pública competente estará obligada a comunicarle las vacantes ubicadas en la misma localidad o en las localidades que el interesado expresamente solicite.

3. En todo caso este derecho podrá ser ejercitado en tanto resulte necesario para la protección y asistencia social integral de la persona a la que se concede, ya sea por razón de las secuelas provocadas por la acción terrorista, la violencia de género o sexual, o por la amenaza a la que se encuentra sometida, en los términos previstos reglamentariamente.

En las actuaciones y procedimientos relacionados con la violencia terrorista o de género o sexual se protegerá la intimidad de las víctimas, en especial, sus datos personales, los de sus descendientes y los de cualquier persona que esté bajo su guarda o custodia.

El acceso o permanencia en dicha situación no comportará, en ningún caso, una ampliación de la duración del respectivo nombramiento temporal, ni otorgará derecho o ventaja alguna para el personal estatutario temporal.

4. En ambos supuestos los traslados tendrán la consideración de traslados forzoso.

Artículo 58. *Coordinación y colaboración en las convocatorias.*

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los criterios y principios que resulten procedentes, en orden a la coordinación de las convocatorias de los procesos de provisión, selección y movilidad, cuando afecten a más de un servicio de salud, con objeto de garantizar el principio de colaboración y garantizar la libre movilidad a nivel estatal del personal facultativo fijo estatutario y/o funcionario.

Artículo 59. *Comisiones de servicio.*

1. Cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre vacante o temporalmente desatendido, podrá ser cubierto por necesidades del servicio y con carácter temporal en la modalidad de comisión de servicios, por personal estatutario fijo de la correspondiente categoría y especialidad que se encuentre prestando sus servicios en otro centro o Servicio de Salud.

El interesado en situación de comisión de servicio percibirá las retribuciones correspondientes a la plaza o puesto efectivamente desempeñado, manteniendo su retribución correspondiente por antigüedad y por carrera profesional.

2. El personal estatutario podrá ser destinado en comisión de servicios, con carácter temporal, al desempeño de funciones especiales no adscritas a una determinada plaza o puesto de trabajo.

En este caso, el interesado percibirá las retribuciones de su plaza o puesto de trabajo de origen.



3. Quien se encuentre en comisión de servicios tendrá derecho a la reserva de su plaza o puesto de trabajo de origen.

4. Las plazas vacantes cubiertas mediante comisión de servicios deberán ser ofertadas en el siguiente concurso de movilidad voluntaria y de continuar vacantes en la siguiente oferta pública de empleo.

Artículo 60. *Movilidad del personal investigador.*

Al personal estatutario fijo del sistema nacional de salud que desarrollen actividades de investigación le serán de aplicación las previsiones contenidas en el artículo 17.1 y 17.2 de la Ley 14/2011 de 1 de junio de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.



7. Retribuciones y jubilación



Propuestas del grupo de trabajo 5 “ÁREA DE RETRIBUCIONES Y JUBILACIÓN”

PREÁMBULO

I

El sistema sanitario español es uno de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar, y su calidad depende en gran medida del compromiso y la profesionalidad de sus médicos y facultativos que son la piedra angular del sistema sanitario español, asumiendo una enorme responsabilidad en el cuidado de la salud de la población. Su trabajo no sólo implica la atención directa a los pacientes, sino también la toma de decisiones críticas que pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Sin embargo, a pesar de la exigencia y trascendencia de su trabajo, sus retribuciones en España no reflejan ni su nivel de responsabilidad, ni los más de 10 a 12 años de formación que requieren para ejercer.

El camino para convertirse en médico es largo y exigente: tras haber obtenido las mejores notas en los estudios de bachiller y de las pruebas de acceso a la universidad, y posteriormente seis años de carrera universitaria, los graduados deben superar un difícil examen MIR para acceder a una formación especializada que dura entre 4 y 6 años. Durante este periodo, los médicos residentes combinan un intenso aprendizaje con jornadas laborales que, en muchos casos, superan las 48 horas semanales.

A pesar de esta extensa preparación y la complejidad de su actividad laboral, las retribuciones de los facultativos en España son significativamente más bajas en comparación con las principales economías del Espacio Económico Europeo, lo que ha llevado a una creciente insatisfacción en el sector y a la fuga de estos profesionales hacia la medicina privada o hacia otros países con mejores condiciones laborales y retributivas. Además, la sobrecarga asistencial, el aumento de la burocracia y la falta de incentivos económicos adecuados afectan no sólo a los profesionales, sino también a la calidad del servicio que reciben los pacientes.

Para garantizar un sistema sanitario de calidad, es imprescindible reconocer adecuadamente la formación y responsabilidad de los médicos mediante una retribución acorde a su preparación y dedicación.

Una retribución justa no sólo serviría para reconocer su labor, sino que también contribuiría a retener talento y, en última instancia, fortalecer el sistema sanitario en beneficio de toda la sociedad. Por ello, es imprescindible abordar una mejora en las retribuciones de los facultativos, garantizando un salario acorde a su formación, experiencia y responsabilidad.

Entre el periodo comprendido desde el año 2008 al 2024 el IPC se incrementó en España el 37,4%. Esta variación apenas se ha mitigado con las discretas subidas del salario (entre un 0,5 y un 2%). Es inaplazable la actualización del salario base de los Grupos Facultativo Especialista y Facultativo no



Especialista (actual A1) en un 35% y la equiparación retributiva del complemento de destino al valor del complemento de destino básico de los jueces (BOE Núm. 237 miércoles 4 de octubre de 2023).

Si se cambia la clasificación a grupos, deberá asignarse un complemento de destino que aumente proporcionalmente según el grupo y los niveles de destino.

Siendo las guardias (horas por encima de la jornada ordinaria) a día de hoy obligatorias, existen sentencias de instancia que reconocen este carácter fijo en aquellos trabajadores que las realizan con habitualidad, independiente de su carácter obligatorio, es decir las guardias se consideran también un complemento fijo de cuantía variable, pues aunque pueda variar su número, estamos obligados a realizarlas.

II

En España, la edad mínima de jubilación en 2025 varía según el tipo de jubilación y los años cotizados. En determinados supuestos, la edad mínima legal para acceder a la pensión de jubilación se rebaja, sin que ello suponga una reducción porcentual de la cuantía de la pensión, es decir, algunas profesiones pueden jubilarse antes, sin recortes en la pensión, debido a la naturaleza de su trabajo.

Algunos de los colectivos a los que se les aplica esta reducción en la edad de jubilación son los siguientes: Trabajadores incluidos en el Estatuto Minero, personal de vuelo, trabajadores ferroviarios, artistas (cantantes, bailarines y trapezistas), profesionales taurinos, bomberos al servicio de administraciones y organismos públicos y miembros del cuerpo de la Ertzaintza.

La profesión médica y facultativa es intrínsecamente de riesgo. A título de ejemplo, la pandemia de COVID-19 en España puso en evidencia el alto nivel de exposición al peligro que enfrentan los facultativos.

Durante la pandemia de COVID-19 en España, al menos 112 facultativos fallecieron en el ejercicio de su profesión, lo que equivale a una pérdida cada tres días. Esto demuestra que su exposición al virus era significativamente mayor que la de otros sectores de la población y el alto riesgo al que se enfrentaron los facultativos en España ya que estuvieron entre los grupos profesionales con mayor tasa de contagio. Los riesgos que los facultativos tuvieron que asumir por su especial dedicación fueron, entre otros, los siguientes:

- Contacto directo con pacientes infectados

A diferencia de otros trabajadores, los facultativos no podían evitar el contacto cercano con los enfermos. Las consultas, urgencias y unidades de cuidados intensivos se convirtieron en focos de alto riesgo, donde el contagio era casi inevitable sin medidas de protección adecuadas.

- Escasez de equipos de protección

En los primeros meses de la pandemia, hubo una grave falta de equipos de protección individual (EPI). Muchos facultativos tuvieron que reutilizar mascarillas o atender a pacientes sin la protección adecuada, lo que aumentó el riesgo de infección entre los sanitarios.

- Sobrecarga asistencial y estrés

El colapso hospitalario obligó a los facultativos a trabajar jornadas extenuantes, lo que debilitó su sistema inmunológico y los hizo aún más vulnerables al contagio. Además, el estrés y la fatiga contribuyeron a la toma de decisiones en condiciones extremas, lo que aumentó la probabilidad de



errores y exposición al virus.

España se convirtió en uno de los países con más facultativos infectados por COVID-19 en el mundo. Este dato refuerza la idea de que ser médico y facultativo no sólo es una vocación de servicio, sino también una profesión de alto riesgo en situaciones de crisis sanitaria.

En conclusión, la alta mortalidad de médicos en España durante la pandemia confirma que su trabajo conlleva un riesgo significativo. No sólo pusieron en peligro su propia vida, sino que también expusieron a sus familias, lo que resalta la necesidad de reconocer su labor e incluir la profesión médica y facultativa dentro de las profesiones de riesgo.

Además, al margen de lo sucedido en la pandemia COVID-19, en nuestra actividad laboral habitual los médicos y facultativos nos exponemos y enfrentamos a riesgos constantes como:

Riesgos biológicos:

- Contacto con virus, bacterias y hongos.
- Exposición a materiales biopeligrosos.
- Enfermedades laborales derivadas del contacto con agentes infecciosos.

Riesgos psicosociales:

- Estrés laboral.
- Fatiga crónica.
- Acoso o violencia en el entorno de trabajo.
- Problemas de salud mental derivados de la presión laboral.

Riesgos ligados a las condiciones del puesto de trabajo:

- Turnicidad y nocturnidad.
- Desplazamiento en ambulancia, UVI-Móvil, y otros vehículos de asistencia inmediata.
- Desplazamientos en vehículos especiales como helicópteros.
- Aumento de edad y exigencias físicas en determinados servicios.
- Penosidad derivada del exceso de jornada en el personal médico en España.

A pesar de que la jornada ordinaria del personal estatutario del SNS está fijada en 35 horas semanales, la realidad laboral de los médicos es que exceden ampliamente este límite. Las guardias médicas de 24 horas, que pueden repetirse varias veces por semana, elevan la jornada real hasta alcanzar entre 60 y 80 horas semanales en muchos casos. Aunque estas horas adicionales están remuneradas, se consideran tiempo complementario y, por tanto, no se integran en el cómputo ordinario ni se reconocen como penosas o insalubres. Este modelo perpetúa una sobrecarga crónica de trabajo sin el debido reconocimiento ni compensación proporcional.

Numerosos estudios han evidenciado el impacto negativo del exceso de jornada sobre la salud del médico. Se ha observado un aumento significativo de casos de estrés laboral, síndrome de burnout, alteraciones del sueño, ansiedad, fatiga física y mental, y riesgo cardiovascular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que jornadas superiores a 55 horas semanales están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades cerebrovasculares e isquémicas.



El exceso de jornada en el colectivo médico constituye una forma de penosidad laboral no reconocida de forma adecuada por el ordenamiento jurídico actual. Esta situación no sólo compromete la salud del profesional, sino también la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. Es urgente la adopción de medidas normativas, organizativas y presupuestarias que garanticen el respeto a los derechos laborales y a la salud de los facultativos.

El actual Gobierno asegura que : "Estamos ampliando derechos, estamos avanzando en protección social. Es una prioridad para este Gobierno, para que cualquier colectivo que considere que tiene derecho a una jubilación anticipada lo solicite y lo pueda resolver con objetividad, atendiendo a situaciones de exigencia física o psíquica".

El Senado aprueba dos leyes que reconocen un adelanto de 5 ó 6 años sin merma de pensión. Los nuevos coeficientes reductores de las profesiones de riesgo se deberían haber publicado en Febrero del 2025. La nueva normativa afectará únicamente a sectores que no tengan ya reconocido el derecho a la jubilación anticipada sin penalización.

La aplicación de los coeficientes reductores permitirá a los facultativos anticipar la jubilación en dichas actividades penosas, tóxicas, peligrosas o insalubres, es decir, acceder a la jubilación anticipada sin pérdida de poder adquisitivo.

III

En vista de la situación actual, resulta evidente que las retribuciones de los médicos en España no están en consonancia con el nivel de formación, responsabilidad y exigencia que requiere su profesión. Después de una década de preparación, los facultativos soportamos condiciones salariales insuficientes y además desiguales respecto a otros países europeos. Esta situación favorece la desmotivación y la fuga de profesionales hacia la medicina privada o hacia otros países, poniendo en riesgo la calidad del sistema sanitario.

Una mejora en las retribuciones no debe entenderse como un gasto, sino como una inversión estratégica para preservar un sistema sanitario accesible y eficaz. Sólo con profesionales valorados y bien remunerados será posible garantizar una atención sanitaria de calidad para todos.

La edad de jubilación de la profesión Médica y Facultativa debería ser flexible, de manera que el facultativo que quiera y mantenga sus capacidades pueda seguir trabajando hasta los 70 años y, al igual que en otros colectivos, se pueda anticipar la jubilación a la edad de 60 años.

En definitiva, necesitamos un Estatuto Marco Propio de la Profesión Médica y Facultativa en el que se vean contempladas todas las particularidades y condiciones de nuestra valiosa y dedicada profesión.



PROPUESTA 1

Borrador del Anteproyecto de Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

TÍTULO II. Derechos y deberes del personal estatutario.

CAPÍTULO II

Derechos retributivos del personal estatutario.

Artículo 26. Criterios generales.

1. *El sistema retributivo del personal estatutario se estructura en retribuciones básicas y retribuciones complementarias, responde a los principios de responsabilidad, cualificación y competencia profesional y asegura el mantenimiento de un modelo común en relación con las retribuciones básicas.*

2. *Las retribuciones complementarias se orientan prioritariamente a la motivación del personal, a la incentiación de la actividad y la calidad del servicio, a la dedicación y a la consecución de los objetivos planificados.*

3. *La cuantía de las retribuciones básica y complementarias de carácter general serán idénticas en todas las Comunidades y Servicios de Salud. Podrán establecerse por cada Comunidad o Servicio de Salud retribuciones específicas para ese Servicio ligadas a programas especiales o peculiaridades propias de esa Comunidad (p.e. insularidad) o de ciertos territorios dentro de la misma (despoblación, dispersión, aislamiento, difícil cobertura...) que se determinen.*

La evaluación periódica deberá tenerse en cuenta a efectos de determinación de una parte de estas retribuciones complementarias, vinculadas precisamente a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance de la actividad que efectivamente se realiza.

4. *Las horas por encima de la jornada ordinaria que realice el personal estatutario deberán abonarse en cuantía idéntica en todas las Comunidades y Servicios de Salud.*

La cuantía a percibir por cada hora adicional en ningún caso podrá ser inferior al 175% de la hora ordinaria.

Se incluirán los Complementos de Nocturnidad y Festividad para las jornadas realizadas durante las noches y los días festivos.

En ausencia de pacto al respecto, se entenderá que las horas de exceso de jornada realizadas deberán ser compensadas por tiempos de un 175% de descanso retribuido dentro de los cuatro meses siguientes a su realización.

5. *Los servicios de salud de las comunidades autónomas y entes gestores de asistencia sanitaria establecerán los mecanismos necesarios, como la ordenación de puestos de trabajo, la ordenación de las retribuciones complementarias, la desvinculación de plazas docentes u otros, que garanticen el pago de la actividad realmente realizada.*

6. *El personal estatutario no podrá percibir participación en los ingresos normativamente atribuidos a*



los servicios de salud como contraprestación de cualquier servicio.

7. Sin perjuicio de la sanción disciplinaria que, en su caso, pueda corresponder, la parte de jornada no realizada por causas imputables al interesado dará lugar, previa comunicación al mismo a la deducción proporcional de haberes, que no tendrá carácter sancionador.

8. Quienes ejerciten el derecho de huelga no devengarán ni percibirán las retribuciones correspondientes al tiempo en que hayan permanecido en esa situación, sin que la deducción de haberes que se efectúe tenga carácter de sanción disciplinaria ni afecte al régimen de sus prestaciones sociales.

Artículo 27. Retribuciones básicas y pagas extraordinarias.

1. Las retribuciones básicas son:

a) El Sueldo asignado a cada categoría en función del título exigido para su desempeño conforme a lo previsto en esta ley.

Se actualizará el salario base de los Grupos Facultativo Especialista y Facultativo no Especialista (antiguo A1) en un 35% y en aplicación de los principios de transparencia y eficiencia, los incrementos previstos se realizarán de oficio por la Administración y con carácter retroactivo a 1 de enero de 2024, y permiten una estructura retributiva del Servicio de Salud en la que los trabajadores del Personal facultativo se vea remunerados de forma acorde a las funciones que les corresponden.

b) Los trienios, que consisten en una cantidad determinada para cada grupo profesional al que esté asignada la categoría en función de lo previsto en el párrafo anterior, por cada tres años de servicios. La cuantía de cada trienio será la establecida para cada grupo profesional al que esté asignada la categoría que desempeñe el interesado el día en que se perfeccionó.

2. Las retribuciones básicas a las que se refiere el apartado anterior serán iguales en todos los servicios de salud y se determinarán, cada año, en las correspondientes Leyes de Presupuestos para los funcionarios públicos.

3. Las pagas extraordinarias serán dos al año y se devengarán preferentemente en los meses de junio y diciembre.

El importe de cada una de ellas será, como mínimo, de una mensualidad del sueldo y trienios, al que se añadirá la doceava parte del importe anual del complemento de destino, del complemento específico, del complemento de dedicación a la sanidad pública, del complemento de carrera, del complemento de exceso de jornada, de los complementos de turnicidad, nocturnidad, festividad y penosidad, del complemento de docencia y del complemento por exoneración de actividad extraordinaria así como de aquellos otros complementos que en cada servicio de salud se determinen, previa negociación en mesa sectorial.

Artículo 28. Retribuciones complementarias.

1. Las retribuciones complementarias son fijas o variables, y van dirigidas a retribuir la función desempeñada, la categoría, la dedicación, la actividad, la productividad y cumplimiento de objetivos y la evaluación del rendimiento y de los resultados, determinándose sus conceptos, cuantías y los criterios para su atribución en el ámbito de cada servicio de salud.



2. Se consideran retribuciones complementarias fijas, las que tienen carácter fijo y periódico en su devengo. Incluirá las percepciones de cuantía variable pero percepción habitual, como el correspondiente a la realización de atención continuada o turnos.

3. Las retribuciones complementarias fijas, se abonarán en catorce pagas y serán las siguientes:

a) Complemento de destino de Médicos y Facultativos.

Solicitamos que se establezca el Complemento de destino de Médicos y Facultativos y se equipare al valor de igual cuantía del Complemento de destino de los miembros de la carrera judicial (BOE Núm. 237 Miércoles 4 de octubre de 2023 Sec. I. Pág. 132643), con fecha de efectos 1 de enero de 2024. Esta equiparación retributiva tendrá el carácter de no absorbible por ningún otro concepto retributivo actual o que se pueda establecer en el futuro y se establece sin perjuicio de los incrementos retributivos que para cada ejercicio se determine en las correspondientes leyes de presupuestos generales del Estado para los empleados públicos que, en todo caso, le serán de aplicación.

Si se cambia la clasificación a grupos, deberá asignarse un complemento de destino que aumente proporcionalmente según el grupo.

b) Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, peligrosidad, o penosidad, o difícil cobertura. Podrán definirse diferentes complementos específicos y asignarse más de un complemento específico, a cada puesto según las características del mismo, por diferentes circunstancias.

Actualización retributiva del complemento específico en un 35% en cada nivel correspondiente con fecha de efectos 1 de enero de 2024.

El Complemento específico irá progresando asociado al grado de carrera profesional partiendo del nivel que corresponda al facultativo por su desempeño profesional.

Dentro de este apartado se incluirá el Complemento de Peligrosidad para Medicina nuclear y Radioterapia y Radiología y puestos de otras especialidades con riesgo profesional por radiaciones ionizantes como por ejemplo Cirugía ortopédica y Traumatología, con una cuantía idéntica en todas las Comunidades y Servicios de Salud, sin menoscabo de ampliar a otras especialidades los complementos específicos según las características determinadas.

c) Complemento de dedicación a la sanidad pública, destinado a retribuir la priorización del facultativo a la sanidad pública cuyo principal empleador es el sistema público de salud.

d) Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de carrera profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.

e) Complemento de exceso de jornada, destinado a remunerar al personal que realiza su jornada de trabajo más allá de la jornada ordinaria para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.

f) Complementos de turnicidad, nocturnidad, festividad y penosidad destinado a remunerar a todos los facultativos que les sean de aplicación específica y facultativos que realicen guardias durante el periodo de transición, mientras no entre en vigor el sistema de horas extraordinarias.



g) Complementos de docencia, destinados a remunerar al personal que atiende a la formación de los facultativos en periodo de formación sanitaria especializada, adscritos a los servicios públicos de salud. Este complemento se graduará y progresará en función de la definición y responsabilidad de cada figura docente (colaborador docente, tutor de residentes, coordinador unidad docente, jefe de estudios).

h) Complemento por exoneración de actividad extraordinaria, destinado a remunerar la pérdida de poder adquisitivo de los facultativos que dejen de realizar esta actividad que cumplan las condiciones definidas para acceder a esta situación.

4. Los complementos a los que aluden las letras d) y e) del apartado anterior serán percibidos también en las situaciones de permiso por riesgo durante el embarazo, por nacimiento y cuidado del menor, lactancia, así como en situaciones de incapacidad temporal y durante el disfrute de períodos vacacionales.

5. Las retribuciones complementarias variables serán, las siguientes:

a) Complemento de desempeño, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación del desempeño del personal, realizada acorde a los sistemas de evaluación establecidos por cada comunidad autónoma.

b) Complementos de movilidad, destinados a retribuir los desplazamientos y dietas aplicables en razón de la prestación de servicios

6. Las comunidades autónomas, en su ámbito territorial, podrán establecer otras retribuciones complementarias adicionales a las contempladas en los apartados 3 y 4.



PROPUESTA 2

CAPÍTULO II

Pérdida y recuperación de la condición de personal estatutario fijo.

Artículo 43. Jubilación.

1. La jubilación puede ser forzosa o voluntaria.

2. La jubilación forzosa se declarará al cumplir el interesado la edad que prevean las normas reguladoras del Régimen General de la Seguridad Social para el acceso a la pensión de jubilación en su modalidad contributiva. No obstante, el interesado podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad, siempre que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento y que se presente un adecuado desempeño profesional. Esta prolongación sólo podrá ser autorizada por el servicio de salud correspondiente, en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos. En cualquier caso, la resolución tendrá que ser motivada.

En determinados supuestos, la edad mínima legal para acceder a la pensión de jubilación se rebaja, sin que ello suponga una reducción porcentual de la cuantía.

La Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social) en su Artículo 206 dice:

Jubilación anticipada por razón de la actividad o en caso de discapacidad.

1. La edad mínima de acceso a la pensión de jubilación a que se refiere el artículo 205.1.a) podrá ser rebajada por real decreto, a propuesta del titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en aquellos grupos o actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad, siempre que los trabajadores afectados acrediten en la respectiva profesión o trabajo el mínimo de actividad que se establezca. A tales efectos, se establecerá reglamentariamente el procedimiento general que debe observarse para rebajar la edad de jubilación, que incluirá la realización previa de estudios sobre siniestralidad en el sector, penosidad, peligrosidad y toxicidad de las condiciones del trabajo, su incidencia en los procesos de incapacidad laboral de los trabajadores y los requerimientos físicos exigidos para el desarrollo de la actividad. El establecimiento de coeficientes reductores de la edad de jubilación sólo procederá cuando no sea posible la modificación de las condiciones de trabajo y conllevará los ajustes necesarios en la cotización para garantizar el equilibrio financiero.

La profesión médica y facultativa es intrínsecamente de riesgo, y la pandemia de COVID-19 en España puso en evidencia el alto nivel de exposición al peligro que enfrentan los facultativos.

A su vez, el Estatuto Marco del personal estatutario del SNS (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud) permite la realización de guardias, pero no contempla el reconocimiento explícito de su carácter penoso o tóxico, ni establece medidas



compensatorias proporcionales.

Por todo ello, solicitamos la jubilación anticipada o reconocimiento como actividad de riesgo en base a la aplicación de coeficientes reductores que permitirá al facultativo anticipar la jubilación en dichas actividades penosas, tóxicas, peligrosas o insalubres, es decir, acceder a la jubilación anticipada sin pérdida de poder adquisitivo.

a) En este punto, es fundamental el reconocimiento de la profesión médica y facultativa dentro de las profesiones de riesgo y la solicitud y aplicación de los coeficientes anticipatorios, parciales o reductores relacionados con la penosidad e insalubridad particular de nuestro trabajo.

Dicha solicitud será motivo de varios informes, por parte de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Formarán una comisión de evaluación Seguridad Social, Trabajo, Hacienda y Función Pública.

Los potenciales beneficiarios deberán acreditar 15 años de trabajo en la profesión.

b) Consideración del tiempo de reducción como cotizado.

El período de tiempo en que resulte reducida la edad de jubilación del trabajador, se computará como cotizado al exclusivo efecto de determinar el porcentaje aplicable a la correspondiente base reguladora para calcular el importe de la pensión de jubilación.

c) Reducción de la edad de jubilación.

*La edad ordinaria, exigida para el acceso a la pensión de jubilación, se reducirá en un período equivalente al que resulte de aplicar a los años completos efectivamente trabajados como facultativo el **coeficiente reductor del 0,20**.*

La aplicación de la reducción de la edad de jubilación prevista en el apartado anterior en ningún caso dará ocasión a que el interesado pueda acceder a la pensión de jubilación con una edad inferior a los 60 años.

La jornada extraordinaria (antigua jornada de guardia presencial) debe computarse al 100% para la jubilación.

La jornada extraordinaria localizada (antigua jornada de de guardia localizada) debe computarse al 50% para la jubilación.

Este cómputo se aplicará a todos los facultativos que hayan realizado guardias de presencia física y/o localizadas de manera regular en sus respectivos servicios desde la entrada en vigor de la Ley y con una retroactividad de toda la vida laboral de los facultativos que se jubilen anterior a la fecha de su publicación.

d) Solicitamos contabilizar y computar el tiempo en actividad laboral pública y privada a efectos de tiempo para la jubilación.

3. Procederá la prórroga en el servicio activo a instancia del interesado, cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa le resten seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación. Esta prórroga no podrá prolongarse más allá del día en el que el interesado complete el tiempo de cotización necesario para causar pensión de jubilación, sea cual sea el importe de la misma, y su concesión estará supeditada a que quede acreditado que reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.



4. Podrá optar a la jubilación voluntaria, total o parcial, y anticipada el personal estatutario que reúna los requisitos y condiciones establecidos en el régimen de la Seguridad Social que le sea aplicable y en su normativa de desarrollo.

PROPUESTA 3

TÍTULO VI

Situaciones administrativas

Solicitamos la supresión de este artículo en la redacción del futuro Estatuto Marco de la Profesión Médica y Facultativa.

Artículo 78. Excedencia por desempeño de cargos electivos en las organizaciones sindicales más representativas.

1. Podrá ser declarado en la situación de excedencia por desempeño de cargo electivo en las organizaciones sindicales más representativas, el personal estatutario fijo que ostente un cargo de los previstos por el artículo 9 de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical, determinado como tal de acuerdo con los correspondientes estatutos, que imposibilite el desempeño efectivo de su puesto de trabajo.

2. Quienes se encuentren en esta situación administrativa no percibirán retribuciones y tendrán derecho al cómputo de la antigüedad y a reingresar al servicio activo en la misma categoría y área de salud de origen, sí ello no fuera posible, en áreas limítrofes con aquélla, en las condiciones y con las retribuciones correspondientes al puesto y a la carrera profesional que se establecen en esta ley.

3. Deberá solicitarse el reingreso al servicio activo en el mes siguiente a la fecha de cese en el cargo electivo por el procedimiento que se determine reglamentariamente.



8. Incompatibilidades y otras situaciones administrativas



Propuestas del grupo de trabajo de incompatibilidades y otras situaciones administrativas.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un documento de posicionamiento de APEMYF en lo referente a la temática de incompatibilidades y otras situaciones administrativas.

Las propuestas realizadas (siempre en base al borrador de proyecto conocido en Enero de 2025) se basan en 2 conceptos:

1. Que un nuevo Estatuto Marco (o Estatuto Médico) no sea en ningún caso peor que el precedente.
2. Que las propuestas realizadas mejoren la situación actual, y sean lo más transversales e inclusivas posible.

Por otro lado, alguna de las propuestas representa una mejora respecto a situaciones previas, como es lógico asumir.

Las propuestas de APEMYF en esta temática se centrarían en:

Propuesta 1

Compatibilización de actividades asistenciales con actividades de formación, docencia e investigación: En el articulado debe quedar claro *que los servicios de salud deben articular medidas que favorezcan la actividad asistencial con actividades de formación, docencia e investigación.* (actualmente, en el art.35.7 sólo se compatibilizan con actividades investigadoras). *Las actividades de formación, docencia e investigación deben ser financiadas, tanto en tiempo como económicamente de forma íntegra por los servicios de salud correspondientes,* en cumplimiento del acuerdo del Congreso de los Diputados de julio de 2020 (Comisión de Reconstrucción Social y Económica, punto 47.2) que dice, textualmente: “Tomar medidas para financiación pública de formación continuada de los profesionales sanitarios a cargo de las administraciones públicas, y para investigación independiente, divulgación/educación sanitaria y patrocinio de actividades de asociaciones de pacientes. Se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria”



Propuesta 2

La propuesta de impedir que un graduado en medicina con formación sanitaria especializada tenga dedicación exclusiva con el Sistema Nacional de Salud durante los primeros 5 años posteriores a haber adquirido la especialidad, lejos de fidelizar al personal médico en formación respecto al ejercicio en los Sistemas Públicos de Salud, produce justo el efecto contrario: no sólo genera rechazo, sino que incluso puede amplificar el efecto de huida del sistema; podría suceder que incluso los graduados en medicina se plantearan dejar de realizar su formación sanitaria especializada en España, para hacerla en cualquier país del Espacio Schengen y después poder volver (o posiblemente no volver siquiera)

Por otro lado, se trata de un apartado que discrimina por razón de categoría profesional: hay más profesiones sanitarias que realizan formación sanitaria especializada que no se ven afectadas por esta norma. Entendemos que no tiene ningún tipo de sentido penalizar de forma selectiva a unos profesionales sin tener, además, ninguna compensación por dicho motivo.

Por todo ello, proponemos que cualquier referencia a la exclusividad en este sentido debería desaparecer del redactado (sabemos que en documentos posteriores se ha matizado, o incluso hecho desaparecer, pero queremos dejar claro el posicionamiento de APEMYF en contra de este hecho)

Propuesta 3

En el caso de los cargos intermedios, la propuesta de incompatibilizar una segunda actividad o puesto en el sector privado con su nombramiento en el sector sanitario público entendemos que genera un empeoramiento flagrante respecto al Estatuto Marco de 2003. Estamos hablando, no de cargos de alta dirección de los centros sanitarios ni de los sistemas de salud autonómicos, sino de puestos eminentemente asistenciales (jefes de servicio, supervisores de enfermería, etc.) a los cuales, aparte de simultanear a menudo su actividad asistencial con la actividad de coordinación o liderazgo de sus compañeros/as con el sobreesfuerzo que puede representar a menudo a cambio de un reconocimiento retributivo a menudo escaso, se les impide simultanear esta actividad con cualquier otra actividad privada, a diferencia de la actividad que hacen sus compañeros/as. Entendemos que esa es una actitud discriminatoria respecto a sus compañeros/as que no tiene una adecuada compensación.

Por tanto, proponemos que, para mantener esa incompatibilidad en estos casos, se debería compensar económicamente de forma significativa para que la incompatibilidad no sea vista como una prohibición, sino como la consecuencia lógica de la percepción de dicho complemento. En caso contrario, proponemos que no se debería plantear dicha incompatibilidad más que en los mismos



términos que se plantea para el resto del personal según la ley 54/1984 de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y en la ley 7/2007 de 12 de abril, el Estatuto Básico del Empleado público.

Propuesta 4.

En el caso de las excedencias *por interés particular* (comúnmente llamadas “voluntarias”) o en las excedencias *por agrupación familiar*, observamos que se establece que el tiempo mínimo de permanencia en esta situación de excedencia se establece en dos años, tal y como establecía el EM de 2003 en el caso de las excedencias por interés particular (las excedencias por agrupación familiar no estaban contempladas en el EM de 2003).

A pesar de que entendemos que el establecimiento de un tiempo mínimo de excedencia se podría entender como una forma de evitar que se utilice dicho supuesto como una forma de “alargar” periodos vacacionales o permisos, consideramos que, en la situación actual de déficit de profesionales, el mantenimiento de dicho período mínimo es, por lo poco, excesivo. Aún sería más llamativo incluso en el caso de las excedencias por agrupación familiar, llamadas a permitir la conciliación, que se establezca una limitación en el tiempo tan importante.

Por ello, planteamos que se suprima el tiempo mínimo de permanencia en las dos situaciones de excedencia antedichas.

Por otro lado, si se considerara imprescindible mantener un tiempo mínimo de permanencia para evitar usos no deseados de estas excedencias, propondríamos unos tiempos que, si bien serían disuasorios para estos usos, mantuvieran una flexibilidad adecuada para evitar situaciones no deseadas como el hecho de personas que han solicitado esa excedencia para emprender un proyecto personal que desean volver a ejercer en su plaza y que se verían limitados por ese período temporal. En este caso entendemos que reducir el tiempo mínimo de permanencia en situación de excedencia a 4 o 6 meses sería más que suficiente.

Propuesta 5.

En el caso de las excedencias *por cuidado de familiares*, en la que se establece que los periodos de disfrute mínimo fraccionado no serán inferiores a seis meses, entendemos que se producen en situaciones que pueden ser familiarmente muy complejas y en las que se requiere a menudo de una flexibilidad superior a la que establece el borrador.



Por ello, proponemos que, con las limitaciones generales que establece la norma, los periodos de disfrute no tengan más duración mínima que *la que acuerden de forma explícita y por escrito, las partes (la persona trabajadora y la Dirección del Centro) teniendo en cuenta las circunstancias particulares de cada caso. Sólo en el caso de que no hubiera acuerdo entre las partes, se establecería la duración mínima de los periodos de excedencia de seis meses.*

Propuesta 6.

En la situación de las excedencias por razón de violencia de género o violencia sexual, entendemos que hablar sólo de mujeres (tal y como se hace en el borrador) podría ser discriminatorio respecto a otras personas que pueden sufrir violencia de género o violencia sexual (como podría ser el caso de personas LGTBIQ+),

Por ello, planteamos que se sustituya el término “mujeres” en todo ese artículo por el término “personas” que es mucho más inclusivo, y que incluye todas las situaciones y no sólo al género “mujer”.



9. Carrera profesional y evaluación del desempeño



TÍTULO V

Carrera, desarrollo profesional y evaluación del desempeño

CAPÍTULO I

Carrera y desarrollo profesional

Artículo 61. Criterios generales de la carrera y desarrollo profesional.

1. Los servicios de salud de las comunidades autónomas establecerán sistemas de carrera y desarrollo profesional, para su personal fijo, interino y sustituto, en todas sus categorías profesionales, como medida de progreso profesional complementaria a otras como la promoción interna. El personal estatutario en promoción interna temporal, no podrá ver limitado su derecho a progresar en la carrera profesional.

El reconocimiento será integral, incluyendo toda la experiencia profesional independientemente de en qué proveedor se haya realizado, siempre que estén reconocidos dentro del Sistema Público de Salud, y se incluirán los años de formación MIR.

2. Los sistemas de carrera y desarrollo profesional contemplados en este artículo, se ajustarán a los criterios generales recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, con las adaptaciones necesarias a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, contribuyendo a la mejor gestión y al adecuado cumplimiento de los objetivos de los mismos.

3. Los sistemas de carrera y desarrollo profesional, se estructuran en grados, y reconocerán de forma individualizada la trayectoria y el progreso profesional mediante la evaluación de los conocimientos, la actividad y desempeño, la experiencia, el compromiso y aquellos otros aspectos que sean significativos para los objetivos de la organización. La carrera profesional deberá prolongarse hasta el momento del cese de la actividad profesional, para asegurar una adecuada progresión y reconocimiento a lo largo de toda la vida laboral, sin establecer limitación de grados. Cada grado deberá ir necesariamente dotado de incentivos y reconocimiento económico, de forma proporcional al grado alcanzado, como elemento motivador y de valorización del desarrollo profesional.

3.1. Disposición adicional: modificación de la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Queda modificado el art.38 Punto 1 a) con la siguiente redacción “El reconocimiento se articulará en grados. Cada grado se perfeccionará como máximo cada cinco años de ejercicio profesional efectivo. El reconocimiento administrativo de un grado conllevará unos efectos económicos no inferior al doble del grado inmediatamente anterior. La adición de nuevos grados no producirá en ningún caso merma de los efectos económicos consolidados.



4. Los servicios de salud negociarán en mesa sectorial los criterios para que los profesionales que accedan a otra categoría de su propio grupo de clasificación o a un grupo de clasificación superior, no vean reducidos su grado reconocido ni sus retribuciones mientras progresan en la carrera profesional correspondiente a su nueva categoría o grupo de clasificación.

Los servicios de salud proporcionarán el tiempo necesario para la formación de los profesionales facultativos que, además, pueda garantizar una adecuada consecución de la carrera profesional. Esta formación ha de ser reglada y realizable dentro de la jornada o compensable.

5. Los servicios de salud, a instancia de las personas interesadas, reconocerán mutuamente la carrera y desarrollo profesional en otros servicios de salud, de conformidad con los criterios que establezca la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. En caso de traslado a otro servicio de salud de una comunidad autónoma diferente, se mantendrán y valorarán los méritos previamente reconocidos, así como aquellos realizados en el servicio de salud de origen y que estén pendientes de reconocimiento, a efectos de acceso y progresión en los siguientes grados de carrera en el nuevo servicio de salud, evitando duplicidades en la evaluación y garantizando la equidad en el desarrollo profesional en todo el Sistema Nacional de Salud

El grado equiparado considerará como prioritario los servicios prestados, y los efectos económicos seguirán siendo los de la comunidad de origen hasta que se igualen o superen por un grado adquirido en destino

6. Se establecerán procedimientos abiertos y permanentes de acceso a los grados de carrera y desarrollo, para que el profesional pueda perfeccionar su grado en el momento de causar los méritos exigidos. No será aplicable un requisito de permanencia en grado, sino que se aplicarán los criterios de encuadramiento para el acceso.

6.1. Disposición Transitoria. El procedimiento abierto y permanente para el acceso a los grados de carrera y desarrollo que establece el Art. 61.6, deberá estar implantado antes del 31 de diciembre de 2028. Hasta entonces, las convocatorias de carrera y desarrollo profesional en cada servicio de salud se realizan al menos anualmente, y se resolverán en el plazo máximo de un año desde su convocatoria.

7. La actividad investigadora deberá ser incluida como parte del sistema de reconocimiento del desarrollo profesional del personal estatutario, de acuerdo con lo previsto en el artículo 85.6 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Los servicios de salud deben favorecer la consecución de los diferentes factores de evaluación del desarrollo profesional, garantizando que un porcentaje de la jornada de trabajo se destine a actividades profesionales diferentes de la asistencial, tales como la formación continuada, la docencia, la actividad investigadora, la gestión clínica, las estancias en otros centros sanitarios para formación o investigación o la participación en proyectos de mejora. A tal fin, cada centro sanitario o servicio de salud facilitará a cada médico y facultativo especialista un porcentaje de jornada no asistencial que se considerará jornada efectivamente trabajada, y que no podrá ser inferior a una proporción del 20%-30% como adjuntos, 40%-50% como jefaturas de sección/direcciones de centro y



60%-70% jefaturas de servicio, directores de unidad de gestión o cargos de responsabilidad equivalente o superior

8. La actividad docente, en sus diversas modalidades, también deberá ser incluida como parte del sistema de reconocimiento del desarrollo profesional del personal estatutario.

9. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud articulará los mecanismos necesarios para constituir un observatorio que analice la implantación, evolución y desarrollo de los diferentes modelos de carrera en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar lo dispuesto en el presente capítulo.

Para facilitar la homologación de grados y la equidad entre comunidades autónomas, la cuantía del primer grado no será nunca inferior al 50% de las retribuciones básicas.

La armonización entre comunidades no podrá suponer equiparaciones a la baja, sino tender a mejorar los grados y reconocimientos (como los años de la residencia) al alza y a la mejora y reconocimiento del desarrollo profesional

10. Los efectos administrativos del reconocimiento del grado de carrera no podrán ser suspendidos. Si se suspenden o retrasan los efectos económicos por causas no imputables al trabajador, cuando éstas cesen, se reiniciará las retribuciones correspondientes con efectos retroactivos desde la suspensión.

11. La carrera profesional de los facultativos debe ser una herramienta estructurada para el reconocimiento, la motivación y la proyección profesional. Asumiendo que la función del facultativo es mayoritariamente asistencial, no todos los facultativos siguen el mismo recorrido ni desempeñan las mismas funciones. El modelo de carrera debe contemplar esta pluralidad de perfiles clínicos, así como perfiles investigadores, docentes u otros, que constituyen una riqueza para el sistema sanitario. Por ello, los objetivos de la carrera profesional deben incluir el reconocimiento real y equitativo de todas las dimensiones del desarrollo profesional.

CAPÍTULO II

Evaluación del desempeño

Artículo 62. La evaluación del desempeño del personal estatutario.

1. Los servicios de salud establecerán sistemas que permitan la evaluación del desempeño del personal estatutario que se encuentre en situación de servicio activo o asimilada.

2. La evaluación del desempeño es el procedimiento mediante el cual anualmente se valora la conducta profesional y se mide el rendimiento o el logro de resultados del personal estatutario, con la finalidad de mejorar la productividad de las diferentes unidades y la calidad de los servicios de salud. Dicha evaluación partirá de la planificación estratégica y tendrá en cuenta los recursos, objetivos y resultados de cada centro o servicio como marco de valoración objetiva y objetivable.



Artículo 63. Fines de la evaluación del desempeño.

1. La evaluación del desempeño tendrá que contribuir necesariamente a:

- a) La consecución de los objetivos estratégicos de cada centro o servicio y la motivación de las personas mediante su implicación en la consecución de los mismos.
- b) El fomento del trabajo en equipo y las relaciones transversales y multidisciplinares.
- c) El desarrollo y promoción profesional del personal estatutario.
- d) La mejora de la comunicación e intercambio de información.
- e) La adquisición de nuevas competencias profesionales, mediante la identificación de las necesidades de formación y capacitación del personal estatutario.
- f) La innovación y mejora continua de los procedimientos y servicios.

2. Serán objeto de negociación colectiva, en mesa sectorial, las normas que fijen los criterios y mecanismos generales en materia de evaluación del desempeño.

Artículo 64. Principios y criterios orientadores de la evaluación del desempeño.

1. La evaluación del desempeño se configura como un instrumento de gestión, incentivación y motivación continuada dentro de las organizaciones.

2. Los modelos de evaluación del desempeño se harán atendiendo a los criterios y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas para cada especialidad en cuanto a la dotación de personal, medios, resultados y objetivos

Se basará en la explicitación de los objetivos y la evaluación continuada de su cumplimiento, pretendiendo que cada profesional pueda orientar su actividad a los objetivos estratégicos de la organización, así como desarrollar una cultura organizativa orientada hacia la mejora de los procesos y de los resultados.

3. Los objetivos a cumplir se establecerán periódicamente por acuerdo entre la dirección del centro y las personas responsables de cada unidad asistencial y los profesionales durante el primer trimestre del año en curso y se abonarán durante el primer trimestre del año siguiente. De ellos se informará a la representación legal de los trabajadores.

En caso de que no se hayan fijado por causas imputables a la administración en este plazo, se tendrán que fijar unos objetivos proporcionales y alcanzables en el periodo restante.

4. En relación al tipo de objetivos, estos podrán incluir objetivos individuales, de servicio o unidad asistencial, pudiendo valorar resultados clínicos, asistenciales y/o de eficiencia.

En todo caso tendrán que ser alcanzables, medibles, verificables y revisables dentro de un expediente personal en el que constarán las acreditaciones objetivas necesarias. Serán coherentes con la estrategia de la organización y asumibles con los recursos materiales y humanos disponibles; y en su ponderación tendrán que tener más peso los individuales, que tendrán que estar relacionados con las funciones que desarrollan los profesionales.



5. Los modelos de evaluación del desempeño serán transparentes y participativos, se adecuarán a criterios de objetividad, imparcialidad y no discriminación y se aplicarán sin menoscabo de los derechos del personal estatutario, con arreglo a los siguientes criterios orientadores:

- a) Planificación: la evaluación del desempeño quedará integrada en el marco de la planificación estratégica, alineando los objetivos de la organización con los del trabajo del personal.
- b) Participación: se articularán mecanismos para la participación del personal estatutario en la definición de los objetivos. La formación o participación en los objetivos se realizará siempre durante horario de trabajo y a cargo de los centros.
- c) Fiabilidad: se fijarán los mecanismos necesarios para comprobar periódicamente la fiabilidad y objetividad de los instrumentos de evaluación.
- d) Mejora continua y mensurabilidad de los objetivos: se revisarán, con la participación de las organizaciones sindicales, los modelos de evaluación para asegurar su relevancia y su utilidad para la consecución de los fines establecidos en este capítulo.
- e) Revisión: se fijarán garantías suficientes para la revisión del resultado de la evaluación, en caso de que surjan discrepancias respecto a la misma.

6. Los modelos de evaluación desarrollados deberán incluir algunas de las siguientes líneas estratégicas objetivables y utilizando criterios cuantitativos, adaptándolas al perfil del profesional:

- Indicadores asistenciales
- Participación en el sistema de formación continuada científico-clínica, tanto la recibida como la impartida.
- Participación en la docencia, tanto en el sistema de formación especializada de los médicos y facultativos, como en los programas de grado o posgrado establecidos.
- Colaboración con las instituciones y organizaciones acreditadas, para desarrollar programas universitarios actualizados, de formación continuada, especializada o de las áreas de capacitación específicas.
- Participación en la gestión clínica, colaborando en el desarrollo de protocolos, guías de práctica clínica y otros instrumentos clínicos, como a través de los órganos de participación de los centros y en la elaboración de los planes estratégicos.

7. La formación para adquirir la capacitación necesaria en la consecución de estos objetivos deberá ser impulsada, financiada y asumida dentro de la jornada laboral del profesional.

8. La junta facultativa, o máximo órgano colegiado de decisión en el ámbito facultativo que se establezca, valorará globalmente los procesos realizados y los resultados objetivos, y formulará propuestas de mejora en atención a dichos resultados. Hará una monitorización continuada de la consecución de los objetivos proporcionando información sobre el grado de cumplimiento, asegurando el derecho del profesional a conocer de forma periódica el grado de consecución de los objetivos. Velará por la correcta publicación de los objetivos, así como las medidas a establecer en caso de incumplimiento e informará a los representantes sindicales en el ámbito correspondiente.



Artículo 65. Efectos de la evaluación del desempeño.

1. Los resultados de la evaluación del desempeño tendrán efectos en las siguientes materias:
 - a. Retributivos en forma de complemento de desempeño profesional, variable en función del grado de consecución
 - b. Progresión en la carrera profesional.
 - c. Criterios para la provisión y procesos de selección de puestos de trabajo.
 - d. Valoración de las necesidades formativas, incluyendo aquéllas que hayan de ser ofertadas al personal estatutario con carácter obligatorio, e incentivando la participación en acciones formativas voluntarias.
 - e. Flexibilidad y adaptabilidad de las jornadas y horarios para permitir la compatibilización de la adquisición de capacidades con el resto de las actividades
2. La evaluación individual no podrá estar penalizada por la no consecución de los objetivos grupales.



10. Particularidades FSE de médicos y facultativos (Residentes)



PROPUESTA ACERCA DEL PERSONAL RESIDENTE DURANTE LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL ESTATUTO PROPIO DEL MÉDICO Y FACULTATIVO

PREÁMBULO

La presente propuesta de normativa surge como resultado del consenso entre los representantes del colectivo de Médicos Internos Residentes (MIR) y la voluntad de establecer un marco jurídico único, coherente y actualizado que regule de manera equitativa y efectiva su situación dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Asimismo, resulta imprescindible reconocer la situación singular del colectivo MIR, cuya doble condición de personal en formación y trabajadores asistenciales les sitúa en una posición de especial vulnerabilidad dentro del sistema sanitario. Esta condición híbrida requiere de un tratamiento normativo específico que asegure simultáneamente una formación sanitaria especializada de calidad y el pleno respeto de sus derechos laborales.

Por ello, se hace necesaria la creación de mecanismos específicos de supervisión externa e independiente que velen por el cumplimiento efectivo de sus derechos laborales y formativos. Dichos mecanismos deberán incorporar auditorías periódicas de calidad docente, evaluación real y continua de la supervisión en las guardias, y sistemas sancionadores frente a los incumplimientos, todo ello con la participación activa y decisoria del propio colectivo MIR en su diseño e implementación.

La presente normativa será de aplicación, como todo el contenido del Estatuto Propio del Médico y Facultativo, en todo el territorio del Estado español, y tiene como objetivo superar las desigualdades actuales entre comunidades autónomas, garantizando unas condiciones dignas, justas y homogéneas para todos los residentes, sin excepción.

TÍTULO I – DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I – Ámbito y vigencia

Artículo 1. Ámbito de aplicación

1. El presente marco normativo será de aplicación a todos los médicos y facultativos con relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Afectará a todas las especialidades reguladas en los programas de formación sanitaria especializada, incluyendo, entre otros:

- Médico Interno Residente (MIR)
- Farmacéutico Interno Residente (FIR)
- Psicólogo Interno Residente (PIR)
- Biólogo Interno Residente (BIR)
- Químico Interno Residente (QIR)
- Radiofísico Interno Residente (RFIR)



2. Quedan excluidos del presente convenio los Enfermeros Internos Residentes (EIR), cuya regulación deberá desarrollarse de forma paralela mediante normativa específica.

Artículo 2. Naturaleza jurídica y vigencia

La presente normativa formará parte, con las especificaciones de técnica jurídica que haya lugar, del Estatuto que regule las condiciones de Médicos y Facultativos, y en caso de que sea preciso se equiparará con rango de convenio marco nacional y servirá de base para el desarrollo de convenios colectivos autonómicos o sectoriales, sin que estos puedan establecer condiciones inferiores a las aquí previstas.

TÍTULO II – CONDICIONES DE TRABAJO

CAPÍTULO I – Jornada, horario y descansos

Artículo 3. Jornada ordinaria de trabajo

1. La jornada ordinaria de trabajo del personal residente será la misma que la de los médicos o facultativos de la especialidad del Servicio de Salud en que se integre, y en ningún caso podrá exceder de 35 horas semanales en cómputo semestral, distribuidas preferentemente en horario de mañana de lunes a viernes.
2. Se garantizará que la distribución del tiempo de trabajo no perjudique el cumplimiento del programa formativo, ni afecte negativamente a la salud del residente.
3. El tiempo invertido en formación será considerado jornada efectiva y retribuida.
4. No podrán celebrarse contratos de trabajo del personal residente con jornada a tiempo parcial.
5. Las garantías de conocimiento con base anual del calendario laboral ordinario y su distribución horaria serán las mismas establecidas para los médicos o facultativos de la especialidad del Servicio de Salud en que se integre.
6. El residente dispondrá de las mismas garantías de adaptación de jornada y horario en las situaciones de embarazo, guarda legal y otras reconocidas a los médicos o facultativos de la especialidad del Servicio de Salud en que se integre, siempre que no se produzca merma del número necesario de horas establecido para formación efectiva en el periodo anual docente.,

Artículo 4. Jornada adicional extraordinaria

1. El residente desarrollará un número de horas de jornada adicional extraordinaria, por encima de la jornada ordinaria, con fines formativos y de adquisición progresiva de responsabilidad en la atención continuada. Dicha jornada tendrá carácter obligatorio siempre que así lo exija el programa formativo de la especialidad. En caso contrario, será de carácter voluntario.



2. El número máximo de horas de jornada adicional extraordinaria será de 52 en cómputo mensual. La jornada máxima anual, sumando jornada ordinaria y extraordinaria, no podrá superar las 2112 horas.

3. La jornada adicional extraordinaria se organizará de forma que no supere el equivalente a cuatro guardias mensuales de presencia física, de las cuales como máximo una podrá coincidir en festivo, sábado o domingo, salvo acuerdo voluntario por escrito del residente y sin que medie informe negativo de la unidad de riesgos laborales.

4. El residente podrá realizar trabajo localizado, que tendrá las mismas condiciones de tiempo de trabajo y descanso que el establecido para los médicos o facultativos de la especialidad del Servicio de Salud en que se integre. El número máximo de periodos de localización será de 4 al mes.

5. En el caso de ser obligatoria en su programa formativo la realización de Módulos de Atención Continuada como jornada extraordinaria, éstos se llevarán a cabo en los dispositivos docentes donde esté rotando el residente. No será obligatoria su realización parcial en los centros hospitalarios (en caso de ser distinto del dispositivo docente donde esté rotando el residente).

6. La hora de jornada adicional extraordinaria será retribuida con un incremento mínimo del 150% respecto al valor de la hora ordinaria del residente, siguiendo el mismo criterio aplicado al personal estatutario médico del Servicio de Salud correspondiente.

Artículo 5. Jornada motivada o por razón de servicio

1. La jornada realizada por el residente que exceda de las 2112 horas anuales totales, incluyendo jornada ordinaria y extraordinaria, tendrá la consideración de jornada motivada o por razón de servicio.

2. Esta jornada tendrá carácter voluntario y requerirá la conformidad previa del residente por escrito.

3. Será remunerada con un incremento no inferior al 500% del precio de la hora ordinaria del residente, con un máximo de 150 horas anuales.

4. Las incidencias sobrevenidas con carácter urgente que traigan causa en baja laboral u otro motivo justificado, no podrán ser cubiertas por otro residente, debiendo en todo caso ser asumidas por los médicos o facultativos especialistas de la Unidad o Servicio según su organización funcional. Las incidencias previsibles podrán dar lugar a revisión del calendario laboral personal dentro del marco temporal referido en el Art. 7.



Artículo 6. Descansos y pausas en el trabajo

1. Entre el final de una jornada y el inicio de la siguiente deberá mediar un mínimo de 12 horas de descanso continuado.

2. Toda jornada de más de 24 horas deberá ir seguida de un descanso efectivo no inferior al referido en el punto anterior. .

3. Se reconocerá una pausa retribuida de 30 minutos en jornadas continuadas por cada periodo igual o superior a 6 horas. Estas pausas podrán disfrutarse de forma separada o conjunta a lo largo de la jornada, sin perjuicio de la prestación asistencial. En todo caso, en jornadas de 24 horas, deberán garantizarse al menos dos descansos de una hora, correspondientes a las comidas principales (comida y cena), considerados como tiempo efectivo de trabajo.

4. Se garantizará un descanso semanal mínimo de 36 horas ininterrumpidas, acumulables hasta un máximo de 72 horas en un periodo de 14 días. Podrá efectuar de forma voluntaria periodos de jornada extraordinaria que incluyan viernes y domingo, en cuyo caso no podrá realizar actividad adicional de ningún tipo los fines de semana previo o posterior para garantizar efectivamente el derecho.

5. Los descansos mínimos establecidos en este artículo se incrementarán, en su caso, hasta igualar los tiempos reconocidos al personal facultativo estatutario médico de la especialidad correspondiente, cuando estos sean superiores para jornadas laborales equivalentes.

Artículo 7. Calendario laboral individual

1. Cada residente contará con un calendario laboral personalizado, que refleje la jornada ordinaria, adicional extraordinaria y, en su caso, motivada, y los descansos correspondientes.
2. Este calendario será el instrumento técnico a través del cual se realizará la distribución anual de las horas de trabajo a efectos de su cómputo. Con carácter general el cómputo será anual.
3. Este calendario deberá ser validado por la comisión de docencia y revisado trimestralmente.

CAPÍTULO II – Vacaciones, permisos y conciliación

Artículo 8. Vacaciones

1. El personal residente tendrá derecho a 22 días hábiles de vacaciones por año completo trabajado.
2. Las vacaciones podrán disfrutarse hasta el 31 de enero del año natural siguiente al que se generan.
3. Se permitirá el fraccionamiento en periodos de cualquier duración, sin perjuicio del servicio.



4. Para lo no especificado en esta Ley, se atenderá al régimen del personal médico y facultativo estatutario del Servicio de Salud en que se integre.

Artículo 9. Permisos retribuidos

1. Se reconocen todos los permisos previstos en el Art. 27 del Estatuto de los Trabajadores y normativa aplicable, incluyendo:
 - a. Permiso por asuntos particulares
 - b. Permiso para asistencia a actividades de sindicatos
 - c. Permiso por nacimiento, fallecimiento o enfermedad grave de familiares
 - d. Permiso por matrimonio o pareja de hecho
 - e. Permisos retribuidos por maternidad y otros supuestos, permiso por parto
 - f. Permiso por adopción, por guarda con fines de adopción, o acogimiento tanto temporal como permanente
 - g. Permiso de paternidad por nacimiento, guarda con fines de adopción, acogimiento o adopción de un hijo
 - h. Permiso por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa tengan que permanecer hospitalizados a continuación del parto
 - i. Permiso por deber inexcusable de carácter público y personal
 - j. Permiso por traslado de domicilio habitual
2. Se reconoce el derecho a permiso individual de formación, con una duración mínima de 40 horas anual y retribuido, para formación no especificada como obligatoria en el plan formativo. Igualmente, tendrá derecho a permiso para asistencia a exámenes y pruebas finales de aptitud.
3. Del mismo modo, se reconocerá cualquier permiso o licencia adicional que sean estipulados para el personal estatutario de la especialidad del Servicio de Salud.

Artículo 10. Permisos no retribuidos

El residente podrá disfrutar un permiso no retribuido justificado en motivos de conciliación de la vida personal y laboral no especificados en el artículo 8 o de cooperación sanitaria o sociosanitaria, en los términos que específicamente se regulen y sin que pueda suponer interrupción ni perjuicio para el período de residencia.

Artículo 11. Conciliación y situaciones especiales

1. Se aplicarán medidas específicas de reducción y adaptación de jornada en los siguientes casos:
 - a. Embarazo y lactancia
 - b. Atención a menores o familiares dependientes
 - c. Cuidado de hijo menor afectado pro cáncer u otra enfermedad grave.
 - d. Tratamientos oncológicos o enfermedades graves
 - e. Violencia de género o terrorismo
2. Del mismo modo, se aplicarán las medidas de adaptación de jornadas, horarios o funciones de acuerdo con las resoluciones de la Unidad de salud laboral, en discapacidades o situaciones de salud que no sean incompatibles con las funciones del residente.



Capítulo III.-Salud laboral y seguridad en el trabajo

Art 12. Salud laboral y prevención de riesgos laborales específicos.

1. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, el residente tiene derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, lo que comporta un paralelo deber de cada Comunidad Autónoma de proporcionar protección al personal a su servicio frente a los riesgos laborales. Los derechos de información, consulta y participación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud, en los términos previstos en la citada ley, forman parte del derecho del personal a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.
2. En las actividades en las que exista riesgo para la salud o seguridad del residente por agentes biológicos, se concederán dentro de la jornada, diez minutos para su aseo personal antes de la comida y otros diez antes de abandonar el trabajo, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, de protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

TÍTULO III – FORMACIÓN Y SUPERVISIÓN

CAPÍTULO I – Formación sanitaria especializada

Artículo 13. Derechos y deberes formativos

1. La formación es el eje central de la relación del residente con la institución sanitaria, y debe ser protegida y garantizada.
2. El residente tendrá derecho a:
 - a. Cumplir el programa oficial de su especialidad
 - b. Recibir docencia efectiva y adaptada a su nivel de formación
 - c. Participar en sesiones clínicas, talleres y cursos
 - d. Realizar rotaciones internas y externas formativas
 - e. Acceder a formación transversal y complementaria
 - f. Ser evaluado con criterios transparentes, objetivos y justos
3. El residente tendrá el deber de:
 - a. Realizar las actividades encomendadas que forman parte de su plan formativo
 - b. Ser proactivo en la participación y propuesta de actividades dentro de su plan formativo
 - c. Desempeñar con autonomía la actividad laboral en función del crecimiento en responsabilidad
 - d. Compartir los contenidos docentes adquiridos en rotaciones externas
 - e. Facilitar la información que se le requiera para la adecuada realización de las evaluaciones.

Artículo 14. Formación no asistencial

1. Esta formación no asistencial será obligatoria y computará como jornada laboral efectiva.
2. Deberá planificarse dentro del horario ordinario, incluyendo:



- a. Seminarios, talleres, sesiones clínicas
- b. Formación transversal y simulación
- c. Tutorías individuales

Artículo 15. Rotaciones externas

1. El residente podrá realizar hasta un 25% del total de su formación en centros diferentes al de origen.
2. La rotación externa será planificada dentro del calendario docente y deberá estar justificada por la necesidad de adquirir competencias no disponibles en el centro de origen.
3. Durante dichas rotaciones, el residente conservará todos sus derechos laborales y retributivos, incluyendo guardias si las realiza.

CAPÍTULO II – Supervisión docente

Artículo 16. Tutoría y evaluación

1. Todo residente tendrá asignado un tutor responsable, con funciones reconocidas y tiempo protegido.
2. Se garantizará que el tutor realice un mínimo de tres entrevistas anuales, y que supervise el plan individual de formación.
3. La evaluación anual será objetiva, con derecho a revisión y reclamación.

Artículo 17. Ratio de supervisión

1. En ningún caso podrá haber una ratio mayor de 4 residentes por cada adjunto en turnos asistenciales.
2. Se garantizará la presencia física o disponibilidad inmediata de personal facultativo para supervisión en todas las actividades adicionales extraordinarias.
3. No se permitirá que residentes de primer año trabajen sin supervisión directa.

Artículo 18. Auditoría docente y control externo

1. Se creará una Comisión Nacional de Seguimiento de la Calidad Docente MIR, con participación paritaria del Ministerio de Sanidad, las Comisiones de Docencia y representantes MIR.
2. Esta comisión evaluará, al menos anualmente:
 - a. La calidad de la supervisión en las guardias
 - b. El cumplimiento del programa formativo
 - c. La dotación docente de los centros
 - d. La satisfacción de los residentes
3. Se establecerán indicadores comunes de calidad, y aquellos centros que no los cumplan serán objeto de inspección y, si procede, sanción o retirada de acreditación docente.

TÍTULO IV – PARTICIPACIÓN Y DERECHOS COLECTIVOS

CAPÍTULO I – Representación y participación institucional

Artículo 19. Participación en órganos docentes

1. El colectivo de residentes tendrá voz y voto en todas las Comisiones de Docencia.
2. Cada Comisión deberá incluir al menos dos representantes MIR, elegidos democráticamente entre los propios residentes del centro.



3. Los representantes dispondrán de:
 - a. Tiempo protegido para sus funciones
 - b. Acceso a toda la documentación relevante
 - c. Capacidad de propuesta y veto en temas que afecten directamente a la formación

Artículo 20. Comisiones nacionales y autonómicas

1. Se garantizará la presencia de residentes en:
 - a. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
 - b. Las comisiones técnicas del Ministerio de Sanidad
 - c. Las comisiones autonómicas de formación especializada, donde existan
2. Estos representantes serán elegidos por los propios MIR mediante procedimientos democráticos y transparentes.

CAPÍTULO II – Derechos colectivos y sindicales

Artículo 21. Derechos colectivos

1. Se reconoce el derecho del personal residente a:
 - a. Participar en procesos de negociación colectiva
 - b. Elegir a sus propios delegados sindicales
 - c. Constituir secciones sindicales MIR
 - d. Acceder a la acción sindical sin represalias ni sanciones
2. Cualquier vulneración de estos derechos podrá ser denunciada ante la Comisión Nacional de Seguimiento o la jurisdicción laboral ordinaria.

Artículo 22. Comité de Empresa MIR

Se creará en cada comunidad autónoma un Comité de Empresa MIR como Órgano legitimado y de representación de todo el personal laboral médico y facultativo en formación especializada en Ciencias de la Salud, conformado exclusivamente por los residentes elegidos a través de Elecciones Sindicales cada 4 años. Representarán al resto de residentes frente a la Administración y los Hospitales de cada comunidad autónoma, siendo interlocutor capaz con voz y voto para la toma de decisiones y acuerdos a nivel local y autonómico, según potestad dada previamente para ello según la normativa vigente en cada caso.

Artículo 23. Comisión Estatal de Residencia

1. Se crea la Comisión Estatal de Residencia, órgano paritario con participación directa de representantes MIR, que tendrá funciones de:
 - a. Mediación en conflictos formativos o laborales
 - b. Supervisión del cumplimiento de esta normativa
 - c. Propuesta de reformas en materia de residencia
 - d. Informe previo vinculante sobre acreditaciones y retiradas de plazas
2. Esta comisión se reunirá al menos tres veces al año, y podrá convocarse con carácter extraordinario a petición de al menos un tercio de sus miembros.



TÍTULO V – RÉGIMEN RETRIBUTIVO

CAPÍTULO I – Estructura salarial

Artículo 24. Principios generales

1. Las retribuciones del personal residente deben reflejar la doble condición de trabajador y profesional en formación.
2. Todo residente tendrá derecho a una retribución digna, suficiente y proporcional al nivel formativo y de responsabilidad adquirida.
3. El abono se realizará en doce mensualidades y dos pagas extras, en los meses de junio y diciembre. En lo que respecta al devengo y gestión de nóminas se estará a lo que disponga con carácter general la normativa estatal y autonómica. Se garantizará en todo caso la percepción del salario mensual fijo con anterioridad a la finalización del mes.
4. Cada paga extra equivaldrá a la misma cuantía de conceptos fijos de una mensualidad y un promedio de los conceptos variables percibidos en los seis meses anteriores. Se promediarán las cuantías variables de los seis meses previos para los periodos de vacaciones y situaciones de suspensión temporal de contrato o incapacidad por causas derivadas de embarazo, parto, lactancia y otras situaciones asociadas al nacimiento y cuidado del menor o por violencia de género.
5. Se aplicará una actualización automática anual conforme al IPC general publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), siendo el último índice aplicable el de 2024: +2,8%. Así como todas las actualizaciones que repercutan sobre todos los conceptos retributivos, o sobre conceptos que presenten homología, y sean aplicados al personal estatutario médico y facultativo del Servicio de Salud.

Artículo 25. Conceptos retributivos.

El salario del residente consta de conceptos fijos y variables, cuyas cuantías se determinarán en las correspondientes Leyes de presupuestos, ajustadas a lo expresado en este artículo.

1. CONCEPTOS FIJOS

1.1. Sueldo base, en cuantía idéntica a la establecida como sueldo base para el personal estatutario del Servicio de Salud en la especialidad en que se esté formando el residente.

1.2. Complemento de productividad fija por responsabilidad creciente, abonado bajo la modalidad de “complemento por formación” o análogo. Destinado a retribuir la creciente responsabilidad laboral adquirida. Se establece en proporción al sueldo base, con las siguientes cuantías porcentuales crecientes:

- 1.- Residentes de primer curso: 15%
- 2.- Residentes de segundo curso: 30%.
- 3.- Residentes de tercer curso: 60%.
- 4.- Residentes de cuarto y quinto curso: 90%

2. CONCEPTOS VARIABLES

2.1. Complemento de jornada adicional extraordinaria, abonado bajo la modalidad de “complemento de atención continuada” o análogo. La cuantía de la hora de jornada adicional extraordinaria será proporcional y progresiva en cada modalidad, trabajo



presencial, trabajo localizado, jornada laboral, festiva, diurna, nocturna o cualquier otra, a la establecida para el personal estatutario del Servicio de Salud en la especialidad en que se esté formando, con los siguientes porcentajes: .

- a.- Residentes de primer curso: 60%.
- b.- Residentes de segundo curso: 70%.
- c.- Residentes de tercer curso: 80%.
- d.- Residentes de cuarto y quinto curso: 90%

La cuantía se actualizará con cada revisión del importe de la hora de jornada adicional extraordinaria, manteniendo la proporcionalidad.

2.2. Complementos por actividad o por residencia, difícil cobertura u otros que se establezcan en función del centro, servicio y actividades a realizar que les corresponda. En ningún caso podrá discriminarse al residente en la percepción de los correspondientes pluses, cuando se haya acreditado el nivel de responsabilidad para las tareas, ni retribuirlo en cuantías inferiores a las que corresponde proporcionalmente a su nivel de responsabilidad respecto a la del personal estatutario de la especialidad, nivel que corresponde a los porcentajes especificados en el punto 1.2 de este artículo.

Artículo 26. Otros derechos económicos

1. El residente tendrá derecho a financiación para asistir a un congreso científico durante la residencia, siempre que presente comunicación.
2. Se establecerán ayudas de movilidad para rotaciones externas obligatorias fuera de la comunidad autónoma.

DISPOSICIONES ADICIONALES Y FINALES

Disposición adicional primera. Coordinación normativa

Los convenios o acuerdos autonómicos no podrán contener disposiciones que contradigan o menoscaben los derechos recogidos en esta norma estatal.

Disposición adicional segunda. Revisión del texto normativo.

Tras su entrada en vigor, las disposiciones contenidas en este texto referidas al personal residente serán revisadas periódicamente, al menos, cada cuatro años. La revisión será iniciada de oficio por el Ministerio de sanidad o a solicitud de la Comisión Estatal de Residencia.

Disposición final primera. Desarrollo reglamentario

El Ministerio de Sanidad dictará cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y aplicación de esta normativa, contando con la participación obligatoria de representantes MIR en todas las fases.

Disposición final segunda. Entrada en vigor

La presente norma entrará en vigor tras su publicación en el Boletín Oficial del Estado, y será de aplicación a todas las relaciones laborales iniciadas con posterioridad, así como a las vigentes en el momento de su entrada.