

A LA CONSELLERIA DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA

Ilustrísimo Sr.:

D. Hermann F. Schwarz Chávarri, en nombre y representación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante (en adelante, el “Colegio”), corporación de derecho público amparada por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, la Ley 6/1997, de 4 de diciembre, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunitat Valenciana, y sus Estatutos colegiales, ante esa Conselleria comparece y, como mejor proceda en Derecho,

EXPONE

Primero.– Con fecha 1 de diciembre de 2025, ha tenido entrada en el Colegio la comunicación remitida por esa Conselleria en la que, al amparo de lo dispuesto en el artículo 5.q) de la Ley 6/1997, de 4 de diciembre, de Consejos y Colegios Profesionales de la Comunitat Valenciana, se da traslado del “Proyecto de decreto del Consell, por el que se establece la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud”, a fin de que el Colegio informe lo que estime oportuno en el ámbito de sus competencias.

Segundo.– El Colegio, en ejercicio de sus funciones de representación, ordenación del ejercicio profesional y defensa de la buena práctica y de la deontología médica, ha analizado el Proyecto de decreto (en adelante, el “Proyecto”).

Tercero.– El Colegio comparte muchos de los objetivos enunciados (equidad, longitudinalidad, promoción de la salud, digitalización, impulso de la docencia e investigación), si bien aprecia aspectos que requieren matización o refuerzo desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la calidad asistencial, la deontología, la adecuada distribución de competencias profesionales y la sostenibilidad y resiliencia del propio sistema sanitario, en particular en el ámbito de la Atención Primaria y Comunitaria.

En atención a lo anterior, formula las siguientes

ALEGACIONES

PRIMERA.– Sobre el reconocimiento explícito del papel nuclear de la Medicina Familiar y Comunitaria

El Proyecto reconoce en su Preámbulo la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como hito clave en el desarrollo de la Atención Primaria. Sin embargo, en la regulación concreta de la estructura y de la composición de los equipos de Atención Primaria y Comunitaria (EAPC) –en particular, en el artículo 38, al enumerar los integrantes del EAPC– la presencia del personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria no aparece con la claridad y centralidad que corresponde a su rol vertebrador en este nivel asistencial, lo que contrasta con el propio artículo 59, que sí regula de forma detallada sus funciones asistenciales.

En el tenor literal del artículo 38, la relación de integrantes del EAPC menciona expresamente pediatría, enfermería, fisioterapia, farmacia, trabajo social, auxiliares de enfermería, personal administrativo y celadores, pero **no** se identifica de forma inequívoca al personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, pese a ser el núcleo clínico de la Atención Primaria

Este desajuste sistemático puede interpretarse como una invisibilización normativa del médico de familia como eje de la Atención Primaria, pese a su reconocimiento explícito en el Preámbulo y a la normativa básica estatal (Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias).

Se propone:

a) Que en los preceptos en los que se define la composición de los EAPC y la estructura funcional de la Atención Primaria y Comunitaria (en especial, el artículo 38) se incluya, de forma expresa y prioritaria, la mención al “personal facultativo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria” como elemento nuclear del equipo, tanto en el ámbito de adultos como –en coordinación con Pediatría– en la atención integral a la familia, y en coherencia con el contenido del artículo 59. Ello permitiría evitar dudas interpretativas sobre la posición del médico de familia en el equipo y aseguraría la necesaria coherencia sistemática entre el articulado.

b) Que en los requisitos de acceso a la Dirección Médica de Atención Primaria y Comunitaria y a las Jefaturas de Servicio y Sección de Atención Primaria se establezca, al menos con carácter preferente, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en coherencia con el propio Preámbulo del Proyecto, con el artículo 59, con la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, y con el enfoque de liderazgo clínico que se persigue.

Esta explicitación refuerza la coherencia interna del Proyecto, consolida el liderazgo clínico de la Medicina de Familia y contribuye a la atracción y retención de profesionales en este ámbito.

SEGUNDA.– Sobre la distribución de funciones entre profesiones sanitarias y categorías no sanitarias

El Título IV del Proyecto define las funciones de las distintas categorías profesionales (personal médico, de enfermería, TCAE, auxiliares administrativos, celadores, etc.). Sin embargo, determinadas redacciones pueden interpretarse como una ampliación de competencias más allá de lo previsto en la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y en la normativa estatal que regula las actuaciones de las distintas profesiones y el uso de medicamentos y productos sanitarios.

En particular, el artículo 61 atribuye a la enfermería familiar y comunitaria, entre otras, la función de “atender los problemas de salud de la población asignada” mediante consulta de enfermería “a demanda, programada y urgente”, incluyendo “diagnóstico enfermero y tratamiento”, así como “el abordaje inicial de problemas de salud leves descritos en la guía de intervención enfermera en

procesos agudos”. Esta redacción, tal como está configurada, puede ser interpretada como habilitación autonómica de actos asistenciales propios de la profesión médica más allá de lo previsto en la normativa básica estatal que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias y el uso de medicamentos y productos sanitarios.

El riesgo se incrementa si se interpreta este artículo 61 en conexión con el modelo de “gestión compartida de la demanda” y de garantía de “no demora” regulado en los artículos 10 a 13, en la medida en que, bajo el paraguas de dichas guías de intervención enfermera en procesos agudos, la valoración inicial de determinados procesos clínicos pueda desplazarse de facto desde el médico de familia a la consulta de enfermería, incluso cuando no se trate de problemas estrictamente banales.

A juicio del Colegio, resulta imprescindible preservar claramente:

- El ámbito propio de los actos médicos (diagnóstico, indicación de tratamiento y seguimiento de procesos clínicos en su integridad).
- El campo competencial de enfermería, incluyendo sus diagnósticos y cuidados propios y aquellos actos que, conforme a la normativa estatal, puede asumir respecto de medicamentos y productos sanitarios.
- El carácter no clínico de la información proporcionada por personal administrativo y celador, y la actuación de TCAE bajo supervisión y dentro de protocolos claros de delegación.

Se propone, en consecuencia:

a) Incorporar en el artículo 58 (Funciones de los distintos profesionales) y, por remisión expresa, en el desarrollo del artículo 61 una cláusula general del siguiente tenor:

“Todas las funciones descritas en este Título se ejercerán de conformidad con las competencias que la normativa básica estatal reconoce a cada profesión sanitaria (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y normativa de desarrollo), sin que el presente decreto suponga ampliación de las mismas ni habilite la realización de actos propios de otras profesiones sanitarias.”

b) Matizar en la regulación del personal de enfermería familiar y comunitaria (artículo 61) que los diagnósticos y tratamientos a los que se aluda se circunscriben al ámbito propio de la profesión de enfermería, y a los supuestos concretos previstos en la normativa estatal que regula su actuación en relación con medicamentos y productos sanitarios, evitando expresiones que puedan interpretarse como equiparación al diagnóstico y tratamiento médicos.

c) Acotar las referencias a “problemas de salud leves” que puedan ser atendidos directamente por enfermería a aquellos procesos definidos en guías y protocolos consensuados, elaborados con participación explícita de médicos de familia,

sociedades científicas y organizaciones colegiales, bajo la supervisión de la Dirección Médica de Atención Primaria del departamento, incluida, en su caso, la denominada guía de intervención enfermera en procesos agudos, que debería disponer de un aval técnico y profesional suficiente.

d) En los artículos 66 a 68 (TCAE, auxiliares administrativos y celadores), explicitar que:

- La información proporcionada por auxiliares administrativos y celadores a las personas usuarias tiene carácter organizativo y administrativo, sin contenido clínico.

- La educación sanitaria y la recogida de información clínica por parte de TCAE se realizará siempre bajo la supervisión de profesionales sanitarios y dentro de protocolos claros de delegación de tareas.

Con ello se dota al texto de mayor seguridad jurídica y se previenen conflictos competenciales y de responsabilidad profesional.

TERCERA.– Sobre la regulación de la inteligencia artificial y la transformación digital

El artículo 7 del Proyecto otorga a la inteligencia artificial (IA) y a las plataformas de automatización de procesos un papel central en la mejora del diagnóstico por imagen, en el diseño de planes de tratamiento, en la gestión de la demanda asistencial, en el seguimiento de pacientes crónicos y en el “empoderamiento” de las personas pacientes para controlar su atención sanitaria, anunciando una implantación “segura, equitativa, ética, transparente y sostenible”.

No obstante, el marco de garantías jurídicas en materia de supervisión humana, responsabilidad profesional y protección de datos queda formulado de manera excesivamente genérica, pues:

- No se alude de forma expresa a la necesidad de supervisión humana de las decisiones asistidas por IA, ni al derecho del paciente a una valoración humana de sus datos y de las propuestas diagnósticas y terapéuticas que le conciernen.

- No se concreta cómo se integra la IA en la responsabilidad profesional del médico, ni en el marco de la lex artis y de la deontología médica.

- Tampoco se vincula de forma suficiente la utilización de la IA y del “dato sanitario” a las exigencias de la normativa de protección de datos personales (LOPDGDD, RGPD), más allá de una referencia muy genérica.

El Colegio considera imprescindible que el Proyecto:

- a) Afirme con claridad que la IA tiene naturaleza de herramienta de apoyo a la decisión clínica, sin que pueda sustituir el juicio profesional del médico responsable ni la valoración individual de cada caso.

- b) Reconozca el derecho del paciente a una valoración humana de los datos que le conciernen y de las propuestas asistenciales generadas mediante IA, en coherencia con la normativa de autonomía del paciente.

c) Delimite la integración de la IA en la responsabilidad profesional, especificando que cualquier actuación diagnóstica o terapéutica basada en recomendaciones de sistemas algorítmicos debe ser validada por un profesional sanitario competente, que asume la responsabilidad de la decisión adoptada conforme a la *lex artis ad hoc*.

d) Vincule de forma expresa el uso intensivo del dato sanitario a las exigencias del RGPD, de la Ley Orgánica 3/2018 y de la normativa de autonomía del paciente, incluyendo principios de minimización, necesidad y proporcionalidad, así como exigencias de transparencia, auditabilidad y evaluación independiente de resultados, con especial atención a potenciales sesgos de los algoritmos.

A tal efecto, se propone añadir en el artículo 7, o en un artículo de principios generales, un apartado que establezca, al menos, que:

- La IA tiene carácter de herramienta de apoyo a la decisión clínica y nunca sustituirá el juicio clínico del profesional responsable.

- Cualquier decisión diagnóstica o terapéutica basada en resultados o recomendaciones derivados de sistemas de IA deberá ser validada por un profesional sanitario competente, que asumirá la responsabilidad de la actuación efectivamente realizada.

- El desarrollo, la validación y el despliegue de herramientas de IA en Atención Primaria se realizarán con participación de las organizaciones colegiales y de las sociedades científicas, asegurando transparencia, auditabilidad, evaluación independiente de sus resultados clínicos y revisión periódica de su impacto en la práctica asistencial.

- El uso de los datos sanitarios necesarios para el funcionamiento de estos sistemas se ajustará estrictamente a la normativa de protección de datos personales y a la confidencialidad inherente a la relación médico-paciente.

Asimismo, en aquellos preceptos del Título V en los que se atribuye a las Direcciones Médicas y a las Jefaturas de Servicio y Sección la obligación de implementar las estrategias de IA, debería añadirse que dicha implantación se condicionará a:

- La existencia previa de criterios técnicos y clínicos consensuados, basados en la evidencia disponible y acordados con las sociedades científicas y las Corporaciones Profesionales.

- La realización de una evaluación de impacto en la seguridad del paciente, en la calidad asistencial y en la carga de trabajo de los equipos de Atención Primaria.

- La formación específica y la adecuada acreditación de los profesionales implicados en el uso de estas herramientas, de forma que se garantice un uso seguro, eficiente y responsable de la IA en la práctica clínica.

De este modo, el Decreto integraría la innovación tecnológica en un marco de garantías compatible con la buena práctica clínica, la deontología médica y los derechos de las personas pacientes.

CUARTA.– Sobre accesibilidad, gestión de la demanda y garantía de no demora

Los artículos 10 a 13 y 50 articulan un modelo de accesibilidad reforzada, gestión compartida de la demanda y garantía de “no demora”, basado en la clasificación de la demanda, en cuadros de competencias elaborados por la Conselleria y en circuitos de citación orientados a derivar a cada paciente hacia el profesional “más eficiente” para la resolución de su problema, que no necesariamente ha de ser el médico de familia.

El Colegio comparte la necesidad de mejorar la accesibilidad, pero advierte de varios riesgos relevantes:

- Que la lógica del acceso inmediato y de las agendas “a demanda” prime sobre la longitudinalidad, la continuidad asistencial y la calidad de la relación médico-paciente, que son pilares de la Atención Primaria.
- Que la clasificación inicial de la demanda se apoye en exceso en personal no sanitario, en protocolos rígidos o en sistemas de IA, sin una adecuada valoración clínica de problemas potencialmente graves o complejos, con el consiguiente riesgo de infravaloración o retraso diagnóstico.
- Que se deteriore el tiempo disponible para actividades de alta complejidad clínica, para la atención domiciliaria, la actividad comunitaria, la docencia y la investigación, desnaturalizando el modelo de Atención Primaria como nivel asistencial integral.

Por ello, se propone:

- a) Introducir en el Título II (o en los artículos 10 a 13) una declaración expresa de que la accesibilidad y la no demora no pueden lograrse a costa de deteriorar la calidad clínica, la longitudinalidad ni la continuidad de la atención, ni de comprometer la seguridad del paciente ni la salud de los profesionales.
- b) Establecer que la clasificación de la demanda, los cuadros de competencias y los circuitos de citación se elaborarán y actualizarán con participación real y significativa de los médicos de familia, de sus sociedades científicas y de las organizaciones colegiales, de modo que reflejen la complejidad clínica de los procesos y la evidencia disponible, y no únicamente criterios de eficiencia organizativa.
- c) Asegurar que la valoración inicial y la priorización de las situaciones clínicas potencialmente complejas o graves corresponden siempre a personal sanitario adecuadamente cualificado, garantizando que la actuación del personal no sanitario (administrativo y celador) se limita a aspectos organizativos y de citación, sin asumir funciones de valoración clínica.

d) Incluir una previsión de que la evaluación de los sistemas de gestión de la demanda y de los circuitos de “no demora” incorporará, además de indicadores de tiempo de respuesta, indicadores de seguridad del paciente, de continuidad asistencial y de satisfacción profesional, de forma que el éxito del modelo no se mida exclusivamente en términos de plazos, sino también en resultados clínicos y en sostenibilidad profesional.

e) Incluir una referencia explícita a que la organización de agendas y la gestión de la demanda deberán respetar en todo caso los límites legales y convencionales en materia de jornada, descansos y prevención de riesgos laborales, para no comprometer la seguridad de la atención ni la salud del profesional, especialmente en un contexto de elevada presión asistencial.

Con estas matizaciones, el Proyecto podría compatibilizar de forma más equilibrada los objetivos legítimos de accesibilidad y no demora con la preservación de la calidad clínica, la seguridad del paciente, la longitudinalidad y la sostenibilidad del ejercicio profesional en Atención Primaria.

QUINTA.– Sobre docencia, investigación y condiciones de los tutores

Los artículos 14 y 15 reconocen la existencia de actividades formativas y docentes, así como la figura de responsables de docencia y de centros de salud universitarios y acreditados para la formación sanitaria especializada. Sin embargo, no se precisa cómo se integra la actividad docente e investigadora en la jornada y en la carga asistencial, ni cómo se garantizan tiempos protegidos suficientes para su desarrollo efectivo, ni se vincula de forma expresa dicha actividad a la carrera profesional, a la provisión de jefaturas y a los acuerdos de gestión.

Desde la perspectiva de la calidad de la formación sanitaria especializada y de la responsabilidad docente del sistema sanitario, el Colegio entiende que el Decreto debe reforzar este ámbito, en línea con lo defendido por la Vocalía Nacional de Tutores y por las vocalías autonómicas.

1. Reconocimiento formal de la función tutorial médica

Se propone que el Decreto incluya un reconocimiento formal y explícito de la figura del tutor médico de especialistas en formación (MIR y otras titulaciones), como actividad docente acreditada y estructural del modelo de formación sanitaria especializada, y no como actividad accesorio o puramente voluntarista. Dicho reconocimiento debería incorporarse en el artículo 15 o en un precepto específico, de forma coherente con las recomendaciones de la Vocalía Nacional de Tutores, que subraya el carácter nuclear de la tutoría en el proceso formativo.

2. Tiempo asistencial protegido para la tutoría

El ejercicio de la función tutorial exige una dedicación real y estructurada. Por ello, además del tiempo protegido general para actividades docentes e investigadoras, se propone que el Decreto prevea de forma expresa la existencia de tiempo asistencial protegido específico vinculado a la tutoría, integrado en la jornada ordinaria y en los acuerdos de gestión.

A tal efecto, y sin perjuicio de que la determinación exacta del tiempo se concrete en los instrumentos de planificación y, en su caso, en el marco de la negociación colectiva, el Colegio considera razonable que se prevean, al menos como referencia, los siguientes estándares mínimos de tiempo protegido:

- Para tutor/a principal: un mínimo equivalente a dos horas semanales de tiempo protegido.
- Para tutor/a colaborador/a: un mínimo equivalente a una hora semanal de tiempo protegido.

Estos valores se plantean como umbrales orientativos de calidad docente, alineados con las recomendaciones de la Vocalía Nacional de Tutores, en el entendimiento de que sin un tiempo protegido suficiente la formación se degrada y la tutoría se convierte en una carga añadida no adecuadamente reconocida.

3. Complemento retributivo docente específico para tutores médicos

Se propone que el Decreto recoja, como principio, la obligación de establecer un complemento retributivo autonómico específico vinculado a la tutoría de especialistas en formación, diferenciado del resto de conceptos retributivos y proporcional a la responsabilidad clínica y docente que conlleva.

A efectos orientativos, y tomando como referencia los estándares y horquillas retributivas existentes en otros servicios de salud, el Colegio considera adecuado que el desarrollo reglamentario contemple, al menos, niveles de complemento docente en el entorno de:

- Tutor/a principal MIR: entre 1.800 y 2.300 euros anuales, prorrateados mensualmente.
- Tutor/a colaborador/a: entre 1.200 y 1.600 euros anuales.

Estas cuantías se formulan como rangos de referencia de carácter técnico y comparado, sin perjuicio de que su concreción deba realizarse en los instrumentos normativos y, en su caso, de negociación colectiva que correspondan. El objetivo colegial es que la Comunitat Valenciana se sitúe en niveles homologables a los estándares nacionales de reconocimiento de la tutoría.

4. Componente variable vinculado a la carga docente

La carga docente de la tutoría no es uniforme y depende del número de residentes asignados y de su nivel formativo. Por ello, además del complemento fijo, se propone que el Decreto prevea la existencia de un componente retributivo variable ligado a la carga docente, de modo que el desarrollo reglamentario pueda concretar, entre otros, elementos como:

- Una cuantía adicional por residente asignado, con un intervalo orientativo que podría situarse en el entorno de 350 a 550 euros anuales por residente.
- Una gradación por nivel formativo, de manera que la supervisión de residentes en los primeros años de formación (R1–R2), que exige una dedicación más

intensiva, se sitúe en el tramo superior, mientras que los niveles R3–R4 se sitúen en un tramo intermedio.

De nuevo, estos rangos se plantean desde una perspectiva colegial de estándares de calidad, dejando a los instrumentos normativos y de diálogo social la fijación exacta de cuantías y condiciones.

5. Reconocimiento de la actividad tutorial en la carrera profesional y en los procesos selectivos

Se solicita incorporar en el Decreto una disposición que garantice el reconocimiento de la actividad tutorial como mérito específico en la carrera profesional, y que su valoración esté expresamente prevista en las bolsas de empleo, concursos de méritos y procesos selectivos de la Generalitat, así como en la provisión y evaluación de jefaturas y cargos de responsabilidad en Atención Primaria.

La actividad tutorial constituye un componente asistencial y docente de alto valor para el sistema, y su reconocimiento explícito en la progresión profesional contribuye a alinear los incentivos de la organización con la calidad de la formación de los futuros especialistas.

6. Integración de la docencia e investigación en la organización de la Atención Primaria

Se mantiene, además, lo ya alegado respecto a la necesidad de:

- Integrar la actividad formativa, las sesiones clínicas y las actividades de actualización en la jornada laboral mediante tiempo específico protegido, incorporado a los planes de trabajo y a los acuerdos de gestión, evitando que recaigan exclusivamente sobre el tiempo asistencial ordinario.
- Organizar las agendas, previendo el bloqueo de las mismas cuando se celebren las sesiones clínicas generales del departamento y las sesiones docentes del propio centro de salud, de forma que se posibilite efectivamente la asistencia del personal implicado.
- Garantizar que cualquier implantación de medidas organizativas destinadas a mejorar la accesibilidad y la no demora sea compatible con el mantenimiento y el desarrollo de la docencia y la investigación en Atención Primaria, evitando que las demandas asistenciales absorban en la práctica todo el tiempo destinado a estas funciones.

Con este conjunto de medidas, el Decreto reforzaría el papel estructural de la tutoría médica y de la actividad docente e investigadora en Atención Primaria, desde una perspectiva de calidad asistencial y formativa coherente con las competencias y la función institucional de los Colegios Profesionales.

SEXTA.– Sobre gobernanza, liderazgo clínico y vinculación a la práctica asistencial

El Título V introduce una estructura de gobernanza específica de Atención Primaria (Dirección Médica, Direcciones de Enfermería, Jefaturas de Servicio y Sección, Comité de Atención Primaria, etc.), lo que constituye un avance relevante. Sin embargo, la descripción de funciones tiene un marcado sesgo gerencial, con escaso énfasis en el rol de liderazgo clínico, y no se garantiza normativamente la vinculación efectiva de estas jefaturas a la práctica asistencial.

A juicio del Colegio, el modelo de gobernanza debe asegurar:

- Que la Dirección Médica y las Jefaturas de Servicio/Sección se configuren ante todo como órganos de liderazgo clínico, garantes de la buena práctica y de la deontología, y no solo como estructuras de gestión de agendas, procesos y recursos.
- Que las personas titulares de estas jefaturas mantengan un porcentaje significativo de actividad clínica directa, que les permita conservar el contacto con la realidad asistencial y liderar desde la práctica.

Se propone:

- a) Añadir en los artículos relativos a la Dirección Médica y a las Jefaturas de Servicio/Sección una mención expresa a su condición de líderes clínicos y referentes profesionales, cuyas decisiones deberán alinearse con la mejor evidencia disponible, la *lex artis* y los códigos deontológicos.
- b) Establecer normativamente que, como regla general, las personas titulares de la Dirección Médica y de las Jefaturas de Servicio y Sección de Atención Primaria mantendrán en todo caso una proporción relevante de su jornada en actividad clínica directa, de manera que la existencia de jefaturas de sección y otros mandos intermedios no se utilice para liberar completamente a dichos cargos de la práctica asistencial. En consecuencia, la liberación total de la actividad clínica debería quedar excluida con carácter ordinario y, en su caso, limitarse a supuestos excepcionísimos, debidamente justificados y temporalmente acotados, garantizando siempre que la carga de funciones de gestión no compromete su presencia clínica efectiva ni el conocimiento directo de la realidad de los equipos a su cargo.
- c) Precisar, en los requisitos de acceso a la Dirección Médica de Atención Primaria y Comunitaria, que se valorará preferentemente la posesión de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y, en su caso, otras especialidades médicas con desempeño habitual en Atención Primaria, en coherencia con lo dispuesto en la alegación Primera y con el papel vertebrador del médico de familia en este nivel asistencial.

Con estas matizaciones, el Título V reforzaría de forma más equilibrada la dimensión de liderazgo clínico, evitando una configuración excesivamente gerencial de los cargos directivos de Atención Primaria.

SÉPTIMA.– Sobre la participación de los Colegios Profesionales y de las sociedades científicas

El texto del Proyecto, pese a citar de forma amplia la necesidad de coordinación con diversos sectores, apenas menciona el papel de las Corporaciones Profesionales en la ordenación del ejercicio, en la defensa de la deontología y en la mejora de la calidad asistencial.

Teniendo en cuenta que el Decreto incide de forma directa en:

- La definición de funciones y roles profesionales.
- La organización de la actividad asistencial, docente e investigadora.
- El despliegue de herramientas digitales e IA con impacto en la práctica clínica.

El Colegio considera imprescindible introducir una referencia explícita a la colaboración con los Colegios y sociedades científicas.

Se propone:

a) Incorporar en el Preámbulo o en los artículos iniciales una mención expresa al respeto a las competencias de los Colegios Profesionales en la ordenación del ejercicio y la vigilancia de la deontología, de conformidad con la Ley 2/1974 y la Ley 6/1997.

b) Crear o mencionar una “Comisión Autonómica de Atención Primaria y Comunitaria” u órgano similar, en el que estén representados:

- La Conselleria de Sanidad.
- Los Colegios Profesionales.
- Las sociedades científicas de Atención Primaria.
- Representantes de pacientes.

con funciones, entre otras, de:

- Validar los protocolos de gestión de la demanda.
- Revisar las guías de intervención de enfermería en procesos agudos.
- Priorizar la implantación de herramientas de IA y sistemas digitales.
- Proponer indicadores de calidad y seguridad específicos para Atención Primaria.

c) Prever la participación de los Colegios Médicos, al menos con voz, en los órganos de asesoramiento y participación donde se debatan cuestiones que afectan directamente al ejercicio profesional médico en Atención Primaria, tales como los órganos para el desarrollo de guías clínicas, los grupos de trabajo que diseñen e implanten sistemas de IA y herramientas digitales de apoyo a la

decisión, así como los consejos de salud y comisiones de salud comunitaria de las zonas básicas, en los que ya se prevé la presencia de profesionales de Atención Primaria.

Con estas previsiones, el Decreto integraría de forma más adecuada a las Corporaciones Profesionales y a las sociedades científicas en la gobernanza de la Atención Primaria, aprovechando su experiencia y reforzando la legitimidad técnica y deontológica de las decisiones adoptadas.

OCTAVA.– Sobre Historia Sociosanitaria y protección de datos

Los artículos 51 a 53 diseñan una Historia Sociosanitaria y un mapa común del espacio sociosanitario, que el Colegio valora positivamente en cuanto favorecen la continuidad asistencial, la coordinación entre servicios de salud y servicios sociales y la visión integral de la persona. No obstante, la referencia a la protección de datos y al secreto profesional resulta insuficiente para la sensibilidad del tipo de información tratada, que incluye datos de salud y datos sociales que, considerados conjuntamente, pueden revelar situaciones de especial vulnerabilidad.

Se propone:

- a) Que se incluya de forma explícita que la Historia Sociosanitaria se registrará por el RGPD, la Ley Orgánica 3/2018 y la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, con mención expresa a los principios de minimización, necesidad y proporcionalidad, y al carácter de datos especialmente protegidos de la información de salud y de determinados datos sociales.
- b) Que se establezcan garantías de trazabilidad de accesos (registro de quién accede, a qué datos y con qué finalidad) y de información clara a la ciudadanía sobre el uso de sus datos sociosanitarios, incluyendo los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento y oposición cuando proceda.
- c) Que se mencionen de forma clara las obligaciones de secreto profesional y confidencialidad de todo el personal que acceda a dicha Historia, así como la necesidad de perfiles de acceso estrictamente ajustados a la función desempeñada, de manera que cada profesional solo pueda consultar la información necesaria para el desempeño de sus competencias.

Con estas garantías, el modelo de Historia Sociosanitaria previsto en el Decreto se alinearía mejor con la normativa de protección de datos personales y con las exigencias de confidencialidad inherentes a la relación asistencial.

NOVENA.– Sobre recursos humanos, dimensionamiento, longitudinalidad, desburocratización y salud laboral

Recursos humanos y dimensionamiento de plantillas

El Proyecto incide ampliamente en la organización, pero no fija principios claros sobre dimensionamiento de cupos, carga asistencial y relación entre ampliación de cartera de servicios y refuerzo de recursos. Aunque el decreto no tenga naturaleza de norma laboral, resulta imprescindible que, al menos en términos

de principios rectores, se recojan criterios básicos de dimensionamiento y de adecuación de recursos a las funciones que se atribuyen a la Atención Primaria.

Se propone:

- a) Incorporar, al menos como principios, criterios de dimensionamiento de cupos médico/pediatra y de carga diaria orientativa, ponderada por complejidad socio-sanitaria, ámbito geográfico y por edad de los pacientes asignados, que permitan orientar la planificación y la evaluación de la suficiencia de recursos en los distintos departamentos.
- b) Establecer que cualquier ampliación de cartera de servicios o de funciones (por ejemplo, en cronicidad, salud mental o coordinación sociosanitaria) deberá ir acompañada de una evaluación de impacto previa y de la dotación de recursos humanos y materiales adecuados, evitando que la ampliación formal de funciones se traduzca en un incremento de carga no soportado por medios suficientes.
- c) Incluir un compromiso de la Conselleria de elaborar, en un plazo determinado, un Plan de Recursos Humanos de Atención Primaria que desarrolle estos criterios, con participación de Colegios y sociedades científicas, de manera que dicho Plan actúe como instrumento de referencia para la implementación del propio Decreto.

Longitudinalidad, continuidad y presencialidad mínima

Para que la proclamada longitudinalidad no quede desdibujada por el modelo de gestión de la demanda y por la digitalización previstos en los artículos 7 y 10 a 13, se propone:

- a) Reconocer expresamente el derecho de la persona paciente a la continuidad con su médico y enfermera de referencia, salvo causas justificadas, como principio informador de la organización de la Atención Primaria.
- b) Establecer que la teleasistencia tiene carácter complementario y no sustitutivo de la atención presencial, y que su indicación y desarrollo se ajustarán en todo caso a criterios clínicos, de seguridad del paciente y a lo dispuesto en el Código de Deontología Médica y en el Informe de la Comisión Central de Deontología del CGCOM “E-consulta. La telemedicina en el acto médico. Consideraciones éticas respecto a la consulta médica no presencial” (10 de junio de 2020), garantizando la disponibilidad efectiva de atención presencial, de forma muy especial en las primeras consultas por problema nuevo, en los procesos complejos o crónicos descompensados, en los trastornos de salud mental y en la atención a población vulnerable, y evitando que la consulta no presencial se convierta en un escalón intermedio no resolutivo impuesto al paciente.

Protección del tiempo no asistencial

Se propone que el Decreto reconozca que en la jornada de los médicos de familia y pediatras deberá existir un porcentaje de tiempo protegido específico para

docencia de pregrado y posgrado, investigación, actividades comunitarias y coordinación sociosanitaria, vinculado a los acuerdos de gestión, a la carrera profesional y a la evaluación de jefaturas y direcciones. Aunque la concreción porcentual pueda remitirse a normas de desarrollo o a instrucciones de gestión, el principio de existencia de dicho tiempo protegido debería figurar en el propio Decreto.

Desburocratización y simplificación digital

El texto apuesta por la digitalización, pero no aborda de forma frontal la sobrecarga burocrática que soporta el médico de Atención Primaria. El Colegio propone:

- a) Una declaración expresa de que la Conselleria impulsará la desburocratización de la consulta médica, reservando al médico los actos propiamente clínicos y redistribuyendo tareas puramente administrativas a otros perfiles, apoyándose en la transformación digital.
- b) El compromiso de simplificar los circuitos y procedimientos en los sistemas corporativos de información –en particular en la plataforma Abucassis o en el sistema que la sustituya–, incluyendo, a título de ejemplo, la automatización de las prescripciones más utilizadas por cada profesional (con carga por defecto de dosis y duración, ajustables cuando proceda), la posibilidad de imprimir documentos habituales mediante un único comando o acción y la eliminación de pasos informáticos redundantes o ineficientes. Asimismo, se debería prever que, en los partes de incapacidad temporal, no sea necesario introducir manualmente datos (como empresa o actividad laboral) que ya consten en las bases de datos del INSS, mediante la adecuada interoperabilidad entre sistemas.
- c) La integración en los sistemas corporativos de los modelos de incapacidad temporal de mutualidades administrativas (MUFACE y análogas), que en la actualidad se confeccionan fuera del sistema y de forma manual, evitando así duplicidades, pérdida de tiempo y riesgos de error.
- d) La previsión de que, antes de implantar nuevos circuitos, procedimientos o programas que afecten a la Atención Primaria, se realice una evaluación de impacto en la carga asistencial y burocrática de los facultativos.
- e) El diseño e impulso de figuras o unidades de apoyo administrativo clínico (tales como gestores administrativos de procesos, personal técnico auxiliar de apoyo a la consulta u otras funciones afines) específicamente orientadas a descargar a los facultativos de tareas no clínicas, facilitando que éstos concentren su tiempo en la actividad asistencial y docente.

Salud laboral, burnout y condiciones de trabajo

Dada la intensa presión asistencial, el riesgo de burnout y las dificultades de cobertura en determinados entornos, el Colegio propone que el Decreto:

a) Reconozca expresamente la Atención Primaria como ámbito con riesgos psicosociales específicos, obligando a evaluaciones periódicas de dichos riesgos y a planes de prevención específicos para la Atención Primaria.

b) Incluya medidas para zonas de difícil cobertura (rurales, dispersas o especialmente tensionadas), tales como incentivos, estabilidad, refuerzo de plantillas y apoyo tecnológico, con referencia expresa a la necesidad de garantizar la cobertura de plazas de Medicina de Familia y Pediatría en estos ámbitos.

c) Refuerce la obligación de que la gestión de la demanda y la organización de agendas respeten los límites legales y convencionales de jornada y descanso, para no comprometer la seguridad del paciente ni la salud del profesional.

DÉCIMA.– Sobre la evaluación y revisión del Decreto y la brecha digital

Evaluación y revisión

El Proyecto no contempla una cláusula específica de evaluación del propio modelo que regula. Se propone incorporar una disposición adicional o final que prevea:

a) La realización de una evaluación integral del modelo de Atención Primaria y Comunitaria regulado (accesibilidad, resultados en salud, seguridad del paciente, satisfacción profesional y de usuarios, impacto en docencia e investigación), en un plazo máximo de tres años desde la entrada en vigor del Decreto.

b) La participación formal de Colegios y sociedades científicas en dicha evaluación, así como de representantes de pacientes, garantizando una visión multiprofesional y centrada en la persona.

c) La obligación de que, a la luz de los resultados de esta evaluación, la Conselleria valore la necesidad de proponer la revisión y modificación del Decreto, abriendo un nuevo proceso de participación con los actores del sistema.

Telemedicina, brecha digital y colectivos vulnerables

En atención al fuerte impulso de la digitalización y al uso de herramientas de IA, el Colegio considera necesario que el Decreto garantice que:

a) Las personas mayores, con discapacidad, con barreras idiomáticas o en situación de exclusión social dispondrán siempre de vías alternativas no digitales de acceso a la Atención Primaria, de forma que la digitalización no se convierta en un filtro de acceso al sistema.

b) La alfabetización digital en salud y el acompañamiento en el uso de herramientas digitales se contemplen como objetivos específicos, con apoyos concretos para los colectivos más vulnerables, sin convertir los canales digitales en requisito imprescindible para relacionarse con el sistema sanitario.

c) Los canales digitales (apps, portales, etc.) no constituyan nunca el único vehículo de relación con el sistema sanitario, sino una opción adicional para

quienes puedan y deseen utilizarlos, garantizando siempre la accesibilidad presencial y telefónica en condiciones de calidad y seguridad.

UNDÉCIMA.– Propuesta de incorporación de preceptos sobre sostenibilidad ambiental y descarbonización de la Atención Primaria.

El Colegio considera imprescindible que el Proyecto integre, de forma explícita, los compromisos de sostenibilidad ambiental y de reducción de huella de carbono aplicables al sistema sanitario, y que prevea la participación de las corporaciones de derecho público y sociedades científicas en su desarrollo. A tal efecto, se propone la incorporación, como mínimo, de los siguientes preceptos:

1. Nuevo artículo de principios rectores

«Artículo nuevo. Principios de sostenibilidad ambiental y descarbonización de la Atención Primaria y Comunitaria»

La organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud se orientarán a reducir progresivamente su huella de carbono y su impacto ambiental, en coherencia con los objetivos de neutralidad climática fijados para España y para la Unión Europea, y sin menoscabo de la calidad ni de la seguridad asistencial.

A estos efectos, se consideran ámbitos prioritarios de actuación, entre otros:

- a) La mejora de la eficiencia energética de los centros de Atención Primaria y el impulso de fuentes de energía renovable para su abastecimiento eléctrico y térmico.
- b) El fomento de la movilidad sostenible asociada a la Atención Primaria, tanto de profesionales como de pacientes, reduciendo las emisiones derivadas del transporte vinculado a la prestación de servicios sanitarios.
- c) La implantación de modelos de gestión circular de recursos, incluyendo la adecuada gestión de residuos sanitarios, el uso eficiente del agua y la reducción del impacto ambiental ligado a determinados productos sanitarios y farmacéuticos.
- d) La formación y sensibilización de los profesionales de Atención Primaria en materia de cambio climático, riesgos ambientales para la salud y prácticas asistenciales que contribuyan a la reducción de emisiones, promoviendo estilos de vida saludables con co-beneficios ambientales.
- e) La adaptación y desarrollo de infraestructuras de Atención Primaria que favorezcan centros sanitarios resilientes y de bajas emisiones, incorporando criterios de sostenibilidad en la construcción, reforma y mantenimiento de los edificios.
- f) La promoción de prácticas innovadoras y de criterios de compra pública verde en la adquisición de bienes y servicios, priorizando aquellas opciones que acrediten un menor impacto ambiental a lo largo de su ciclo de vida.

2. Nuevo artículo sobre metas e instrumentos de huella de carbono

«Artículo nuevo. Evaluación de la huella de carbono y planificación de medidas»

En el marco de los objetivos señalados en el artículo anterior, la Conselleria de Sanidad elaborará y aprobará, en el plazo máximo de dos años desde la entrada en vigor del presente decreto, un plan de sostenibilidad ambiental y descarbonización de la Atención Primaria y Comunitaria, que incluirá, al menos:

- a) La evaluación inicial de la huella de carbono de los centros de Atención Primaria, mediante herramientas y metodologías de cálculo reconocidas por la propia Conselleria, que permitan analizar los principales focos de emisiones.
- b) La fijación de objetivos cuantitativos y cualitativos de reducción progresiva de emisiones, alineados con los horizontes de neutralidad climática aplicables al sistema sanitario.
- c) La definición de medidas específicas de reducción en los ámbitos de energía, movilidad, infraestructuras, gestión de residuos, agua, farmacia y contratación pública, así como un sistema básico de indicadores para el seguimiento de su cumplimiento.

Los planes y acuerdos de gestión de Atención Primaria de los departamentos de salud deberán integrar objetivos e indicadores de sostenibilidad ambiental coherentes con el plan a que se refiere el apartado anterior, de forma que la reducción de huella de carbono forme parte de la planificación ordinaria de la Atención Primaria.

La Conselleria fomentará la colaboración con otras administraciones públicas, con las organizaciones profesionales y con la sociedad civil en la puesta en marcha de proyectos e iniciativas que contribuyan a la descarbonización del sistema sanitario y, en particular, de la Atención Primaria.

3. Nuevo artículo sobre participación de Colegios y sociedades científicas

«Artículo nuevo. Participación de las corporaciones de derecho público y de las sociedades científicas en materia de sostenibilidad ambiental»

En la elaboración, actualización y evaluación del plan de sostenibilidad ambiental y descarbonización de la Atención Primaria y Comunitaria participarán, al menos, los Colegios profesionales sanitarios de la Comunitat Valenciana, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y las sociedades científicas que hayan participado activamente en esta área.

A tal efecto, la Conselleria de Sanidad constituirá uno o varios grupos de trabajo o comisiones técnicas de ámbito autonómico, en los que estarán representados la propia Administración sanitaria, los Colegios profesionales, la Organización Médica Colegial y las sociedades científicas, con funciones de asesoramiento y propuesta en relación con:

- a) La definición de objetivos e indicadores de sostenibilidad ambiental en Atención Primaria.

- b) La priorización y diseño de medidas de reducción de huella de carbono compatibles con la calidad y la seguridad asistencial.
- c) La elaboración de materiales de formación, sensibilización y buenas prácticas dirigidos a los equipos de Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante comparte el objetivo de fortalecer la Atención Primaria y Comunitaria como eje del Sistema Valenciano de Salud y valora positivamente el esfuerzo de actualización normativa que supone el Proyecto. No obstante, entiende que la incorporación de las alegaciones formuladas:

- Aporta mayor seguridad jurídica en la distribución de competencias profesionales.
- Refuerza la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la continuidad de la atención.
- Protege la función docente y la figura del tutor médico.
- Mejora la coherencia del modelo de gobernanza, garantizando un liderazgo clínico efectivo.
- Integra de forma más garantista la inteligencia artificial y la digitalización.
- Reconoce de forma adecuada el papel de los Colegios Profesionales y de las sociedades científicas.
- Contribuye a una planificación más adecuada de los recursos humanos, a la reducción de cargas burocráticas innecesarias y a la mejora de las condiciones de trabajo en Atención Primaria.
- Refuerza las garantías en materia de protección de datos personales, confidencialidad de la Historia Sociosanitaria y respeto a la autonomía de los pacientes.
- Incorpora criterios de sostenibilidad ambiental y de descarbonización progresiva de la Atención Primaria, alineados con los objetivos de neutralidad climática del sistema sanitario.

Por todo lo expuesto,

SUPLICA

Que tenga por presentado este escrito, con las alegaciones contenidas en el mismo, y, en atención a ellas, se sirva:

- Tomarlas en consideración en el trámite de audiencia conferido, introduciendo en el texto del Proyecto de decreto las modificaciones, matizaciones y nuevos preceptos propuestos, en la medida que se estimen procedentes.
- Y, en todo caso, mantener informado al Colegio de las ulteriores fases de tramitación del Proyecto, quedando esta Corporación a disposición de esa Conselleria para colaborar técnicamente, en particular en los ámbitos de

distribución de competencias profesionales, docencia y tutoría, transformación digital y uso de la inteligencia artificial, protección de datos y sostenibilidad ambiental, en cuantos desarrollos reglamentarios y operativos sean necesarios para la correcta implantación del modelo de Atención Primaria y Comunitaria en la Comunitat Valenciana.

En Alicante, a 12 de diciembre de 2025

Fdo.: Dr. Hermann F. Schwarz Chávarri

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante