SITUACIÓN DEL MÉDICO EN NAVARRA A 2021

Informe elaborado por la Comisión Ejecutiva del SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA para los Grupos Parlamentarios pertenecientes al Parlamento de Navarra

Barañain, Marzo 2021

ÍNDICE:

Introducción 5

Antecedentes

1. Edad actual de la población médica en Navarra 7
2. Condiciones laborales de los médicos 8
3. Situación actual 10
4. Temporalidad 14

Áreas de mejora

A. Limitación de la carga asistencial 15
B. Eliminación de discriminaciones 17
C. Mejoras retributivas 20
D. Liderazgo 32
E. Voluntad, compromiso y coherencia política. Cumplimiento de los acuerdos firmados 34

Otros aspectos 37

Aportaciones realizadas por el SMN 39

Anexo 1 41

Anexo 2 43

Anexo 3 55

Anexo 4 61

Anexo 5 65

INTRODUCCIÓN

Desde las transferencias de las competencias sanitarias del INSALUD a la Comunidad Foral en 1991, las condiciones laborales han empeorado de forma progresiva hasta el día de hoy. Una parte importante de los facultativos, actualmente en activo (más de un 40%), ha sido testigo de este deterioro.

En aquel entonces, gracias a unas infraestructuras modernas, adecuadas cargas laborales y a retribuciones que se encontraban entre las mejores del país, Navarra era para los facultativos un destino a escoger para desarrollar su labor profesional. Sin embargo, en la actualidad todos estos parámetros se han invertido ya que nuestras infraestructuras sanitarias no son adecuadas ni modernas, las cargas laborales son excesivas y las retribuciones se sitúan entre las peores del Estado en relación al resto de autonomías y con respecto a otros países europeos de nuestro entorno.

También si nos comparamos dentro de nuestra Comunidad con el resto de estamentos vemos que las decisiones políticas en las últimas décadas han ido siempre en la misma dirección, premiar al resto de profesionales sanitarios y dejar de lado de forma sistemática las mejoras del estamento médico, principal baluarte de la asistencia sanitaria.

Todo lo anterior ha supuesto la **pérdida dramática de la competitividad de Navarra para atraer, captar y fidelizar a los médicos**, en un escenario nacional de escasa disponibilidad de facultativos (aunque no de falta de ellos).

ANTECEDENTES

En la actualidad, Navarra está compitiendo con otras autonomías e incluso otros países para disponer de los médicos suficientes que mantengan las plantillas adecuadas y, sobre todo, sostengan una calidad asistencial de la que siempre han gozado los navarros.

1. EDAD ACTUAL DE LA POBLACIÓN MÉDICA EN NAVARRA

En Navarra, según el estudio del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) publicado en 2018, la edad media del médico era de 48,61 años y la proporción de médicos con edades superiores a 55 años era del 38,8%. En los próximos 10 años el número de jubilaciones previstas supone el 41% de los facultativos actuales de la plantilla.

Sin embargo, esta estimación es aún inferior a los datos reales, dado que en los últimos años han aumentado las jubilaciones anticipadas de médicos que han preferido adelantar la finalización de su carrera profesional ante el deterioro imparable de sus condiciones laborales y de la Sanidad en Navarra.

Como consecuencia directa, el recambio generacional no está garantizado en nuestra Comunidad. Desde hace varios años, en algunas especialidades y en ámbitos como la Atención Primaria, es ya una realidad que se va extendiendo de forma cada vez más acelerada. Lo que hace un tiempo era una falta de sustitutos, hoy en día se ha convertido en una carencia permanente y establecida de las plantillas que se quedan sin cubrir.

Si al inicio de la crisis sanitaria por la COVID-19, entre un 7-10% de las plazas de facultativos en Atención Primaria estaban sin cubrir; en este momento más de 35 plazas de la plantilla fija de Atención Primaria y del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias están en esa circunstancia, y no incluimos aquí el incremento de plantilla de facultativos que debía haberse producido para apoyar la asistencia durante la crisis, que según información verbal de la Dirección de Profesionales se aproxima a los 500 médicos en todo el SNS-O. En ausencia de estos refuerzos, la ya exhausta plantilla ha tenido que suplir toda la sobrecarga. A estos datos hay que añadir los profesionales que pueden faltar por estar de baja o por absentismo laboral en estos servicios, y que no pueden ser sustituidos por falta de médicos.

Llama la atención que, de las dos últimas promociones de médicos internos residentes en Medicina de Familia, formados en Navarra, la mayoría optaron por trabajar fuera de nuestra Comunidad. En el año 2019, de los 27 Médicos de Familia que finalizaron su formación sólo se quedaron 7; y en 2020 sólo se quedaron 12 de los 20 que finalizaron su residencia.

Este acuciante problema no se soluciona con abrir más facultades de medicina o con aumentar el número de plazas MIR. La formación adecuada de los futuros especialistas requiere de una correcta supervisión por médicos especialistas titulados y expertos, tener una carga de trabajo adecuada -evitando que sean mano de obra barata-, hacer un número determinado de guardias, etc.., lo que no permite incrementar la oferta sin garantizar una formación de calidad. Además, la normativa vigente y las condiciones que establece la Comisión Nacional de Especialidades Médicas no permiten aumentar éste número de forma ilimitada.

Asimismo, aunque se aumentara el número de especialistas, al final de su formación sería necesario ofrecerles a estos médicos jóvenes bien formados, con idiomas y sin ataduras familiares ni afectivas, un puesto de trabajo con condiciones laborales y retributivas competitivas para que se queden en Navarra a desarrollar su vida profesional. En caso contrario, sucederá lo que ya está pasando, se van.

La solución aportada por la Administración, cubrir plazas de facultativo a bajo coste y baja cualificación, como pretende el RDL 29/2020 que ahora está en revisión por la Dirección General de Ordenaciones Profesionales (cuyos artículos 2 y 3 reproducimos como **Anexo 1**) solo conduce a destruir la calidad y la seguridad en la atención del paciente. Las respuestas por parte de todas las Organizaciones Médicas y el recurso a la Justicia Europea han sido claros e inevitables.

Contratar médicos sin especialidad o con titulaciones sin homologar y asignar tareas de médico especialista a enfermeras o médicos de otra especialidad, es una estrategia absolutamente errónea que a corto plazo supondrá la destrucción de nuestro sistema sanitario tal y como lo conocemos.

2. CONDICIONES LABORALES DE LOS MÉDICOS

Uno de los factores que están influyendo de forma definitiva en la carencia de médicos es el empeoramiento progresivo de las condiciones laborales a las que están sometidos los facultativos.

Según la Organización Médica Colegial (OMC) en los últimos 9 años más de 28.000 médicos han solicitado certificaciones de especialidad a los Colegios Oficiales, para desempeñar su profesión en el extranjero [acceder a la noticia] cuando las estimaciones para cubrir las necesidades actuales en España son de 4.000 facultativos, y se prevé un déficit acuciante y progresivo en los siguientes años [enlace al estudio].

Y no es de extrañar que otros países, también con una carencia de profesionales, deseen contar con nuestros magníficos especialistas dada su elevada formación y competitividad y para ello les ofrecen unas condiciones laborales y económicas mucho mejores.

El progresivo empeoramiento de las condiciones laborales está influyendo de forma directa no sólo en que los nuevos especialistas busquen otros horizontes, sino también en la salud de los profesionales que ya trabajan en Navarra.

Es el propio Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), ya antes de iniciarse la pandemia, el que señalaba en los **informes de Salud Laboral datos preocupantes de sobrecarga y "burn out" en distintos servicios médicos**. El Sindicato Médico de Navarra-, tanto en [anteriores legislaturas] como en la actual, ha instado de forma reiterada a la Administración a resolver estas situaciones, sin conseguir ninguna mejora.

Incluso Inspección de Trabajo, en su informe del 10 de diciembre de 2019, ante la denuncia presentada por el Sindicato Médico de Navarra –SMN- (**Anexo 2**), indica que el SNS-O debe realizar una propuesta de medidas correctoras en materia de Seguridad y Salud, y sin embargo, aún no ha hecho ninguna modificación de las actuales condiciones de trabajo nocivas para la salud de los facultativos.

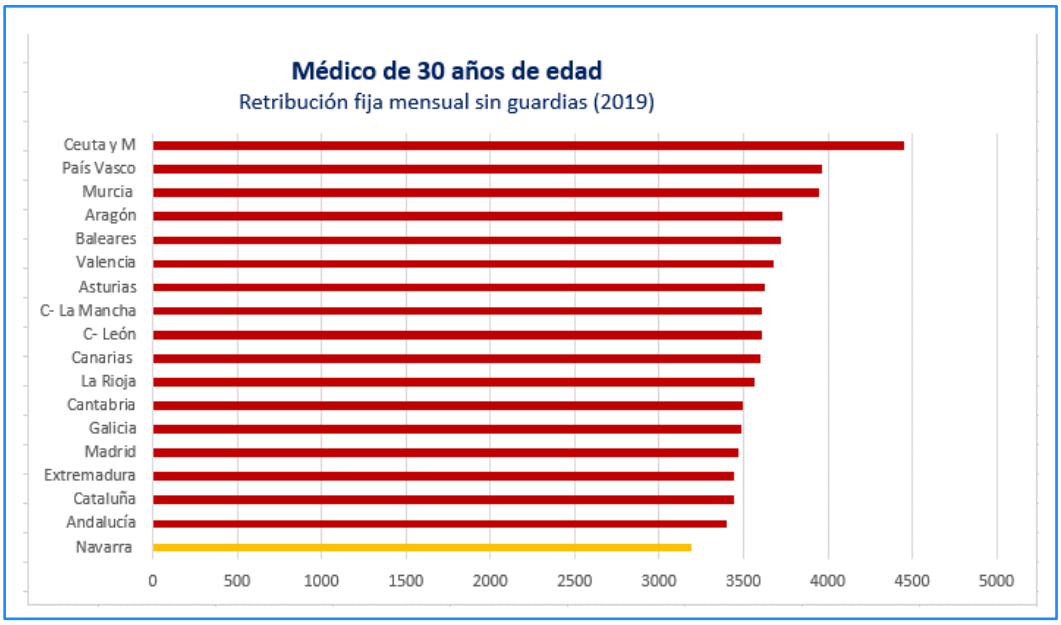
También el SMN firmó en diciembre de 2019 un Acuerdo con el Departamento de Salud (**Anexo 3**), avalado por la actual Consejera, que contenía actuaciones y medidas concretas para mejorar las condiciones de sobrecarga laboral, entre otras muchas, que no se han puesto en marcha hasta el momento.

Frente a la parálisis de nuestros gestores, otras CCAA sí se están esforzando en mejorar las condiciones de sus médicos. Baste como ejemplo Aragón, que acaba de aprobar en Mesa Sectorial una mejora del precio de la hora de guardia.

En definitiva, el principal motivo por el que los nuevos especialistas, al finalizar su periodo de formación, buscan otras alternativas laborales son las mejores opciones retributivas y condiciones laborales que ofrecen otras Comunidades Autónomas (CCAA). El gráfico siguiente muestra las retribuciones que recibe un médico

especialista joven (30 años, sin plaza en propiedad, sin contar guardias y con un trienio) en las distintas comunidades autónomas. La comparación resulta muy similar en especialidades hospitalarias y en Atención Primaria, y explica por qué cuesta retener a los facultativos jóvenes en nuestra Comunidad (Datos del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada. 2020).

Llama poderosamente la atención, como las retribuciones de un médico, con las mismas características, perciba en el País Vasco un 22% más que en la Comunidad Foral, siendo Autonomías con unas características y coste de vida similares.



3. SITUACIÓN ACTUAL

La sanidad española ya no está entre las mejores del mundo. La caída de la 4ª a la 16ª posición (acceder a la noticia) se debe a una falta de inversión crónica y a graves errores en la gestión en los últimos años. La sanidad navarra ha seguido la misma línea de lento y progresivo declive que se está reflejando en los resultados y en la imagen que los usuarios tienen de ella.

La pérdida de valoración por parte de los usuarios de la Sanidad Navarra es evidente, ya que era considerada como la mejor de las sanidades autonómicas en los años 2014-2016, la séptima en el 2017 y la tercera en 2018. Según el informe del Instituto Coordenadas de Gobernanza y Economía Aplicada en su "Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) la caída del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) en el ranking nacional de reputación corporativa de hospitales fue del puesto 50 en 2016 al puesto 64 en

2019. Y como se puede ver nada tiene que ver la pandemia del coronavirus para el declive de nuestra sanidad ya que son datos anteriores al 2020.

El aumento imparable de las listas de espera de Navarra es una situación que, indudablemente, empeora la atención sanitaria de los navarros. No solo es que supongan un problema crónico de nuestra sanidad, sino que, además, la Administración no está aportando soluciones reales para atajarlas. La única salida para reducir las demoras ha sido volver a las polémicas "peonadas", que suponen una sobrecarga laboral y un aumento de costes, y que sólo se usan a beneficio de los gestores cuando va finalizando su mandato. Y cuando no hay suficientes profesionales que las quieran hacer, optan por reducir el tiempo de atención para aumentar el número de pacientes al día dentro de la agenda (apretando las citas hasta superponerlas, dificultando la correcta atención). Tanto una como otra opción son parches que en nada solucionan los problemas de base y acrecientan las deficiencias del propio sistema.

Según datos de las listas de espera de 2019, en las que la pandemia no tiene repercusión, los datos ya eran demoledores, con incrementos muy significativos en consultas y exploraciones complementarias; y algo menor en la espera quirúrgica.

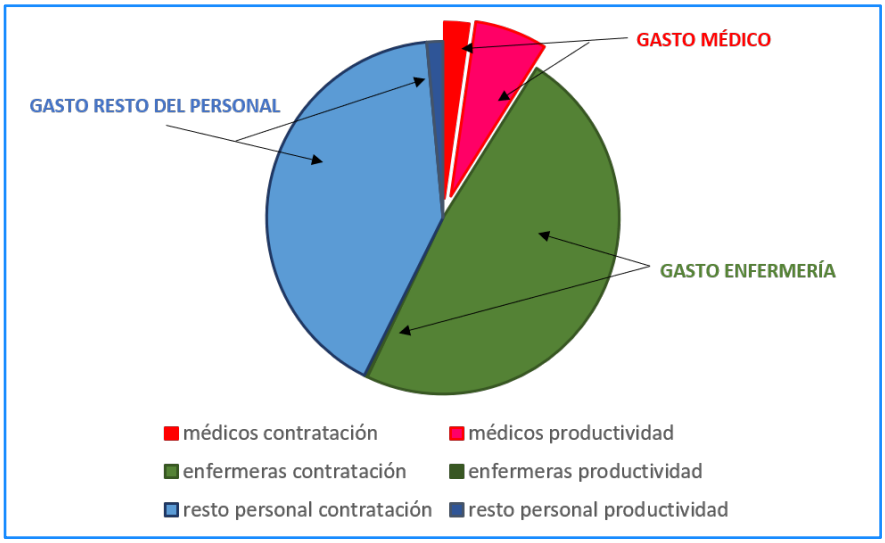
La pandemia ha traído consigo que la prolongación de la espera media en primeras consultas y revisiones haya aumentado en enero de 2021 en torno al 50% respecto al mismo mes de 2020, y la espera media en exploraciones complementarias, como la mamografía, lo haya hecho en más de un 200%, lo cual hace prever un importante empeoramiento de la atención a los pacientes oncológicos y crónicos en los próximos meses.

Usar como único indicador de resultados del sistema de salud las listas de espera parece haberse vuelto una obsesión generalizada de los gestores. No se toman en cuenta (o se ocultan) otros muchos parámetros de calidad, como los recogidos en el documento ministerial de 2007, y que si se valorasen adecuadamente situarían nuestra sanidad foral en el lugar que realmente ocupa en comparación con otras CCAA.

Deberían de ser objetivos ineludibles, no ya solo reducir las listas de espera de forma genérica, sino también realizar un correcto dimensionamiento de las plantillas, consignar a cada acto médico el tiempo necesario de atención (evitaría actuaciones apresuradas y derivaciones innecesarias), desarrollar acciones concretas sobre la demanda, diseñar campañas de educación ciudadana y asignar las cargas laborales a los profesionales adecuados.

Sin embargo, la Administración Sanitaria Foral ha dejado de preocuparse por adecuar el número de facultativos necesarios para poder atender a la demanda actual. Y aunque algunos partidos políticos y centrales sindicales pretendan presentar al estamento médico como el "gran privilegiado" del SNS-O, la realidad es bastante diferente.

Basta como ejemplo citar los datos facilitados por el Departamento de Salud en Mesa Sectorial sobre el gasto en contratación y productividad variable de la pandemia en el mes de mayo pasado. El gasto destinado al estamento médico en los primeros meses de COVID-19 fue solamente del 10% del total (el menor de todos, sumando contratos y productividad). El 90% del total se destinó al resto de profesionales del SNS-O, principalmente en nuevas contrataciones antes que en productividad.



La contratación permite contener las cargas de trabajo, optimizar el rendimiento de los trabajadores, reducir el absentismo laboral y los errores. Como se muestra a continuación se reforzó de forma importante, mediante contratación, a todos los estamentos excepto al estamento médico, en el que esta fue mínima en relación a las necesidades reales.

- Nivel B (enfermería): 957 contratos
- Resto de niveles: 817 contratos
- **Nivel A (facultativos): 45 contratos**

La excusa aducida es siempre la misma: ¡no hay médicos!, y de esta forma la Administración justifica el aumento de carga laboral mediante la realización de jornadas extraordinarias (retribuidas por productividad variable) o simplemente

sobrecarga las agendas médicas sin compensación alguna, lo que sin duda repercute negativamente en la salud de los facultativos.

Esta política, que puede utilizarse de forma puntual cuando se produce un aumento crítico de la demanda y durante un tiempo limitado, no es adecuada para situaciones de gran sobrecarga que se prolongan durante meses y años. Insistimos en que la COVID-19 solo ha agravado un problema que era evidente desde hace años en nuestra sanidad.

El SMN siempre ha defendido que para revertir esta situación es necesario mejorar las condiciones laborales y retribuciones de los facultativos. Es necesario alcanzar, al igual que el resto de estamentos, niveles retributivos comparables a los del resto de CCAA para recuperar la competitividad en el mercado laboral.

Consideramos que no se debería permitir que, debido a jornadas interminables que pueden llegar a incumplir con los descansos reglamentarios, haya algunos facultativos que reciban retribuciones exorbitantes. Esto es una disfunción del sistema que refleja la falta de gestión eficaz y eficiente de la actual Administración, y que además se utiliza para decir públicamente que las retribuciones de los facultativos están por encima de otras CCAA e incluso son desproporcionadamente superiores a las percibidas por el resto de estamentos, con el ánimo de manipular la opinión pública y desprestigiar al médico.

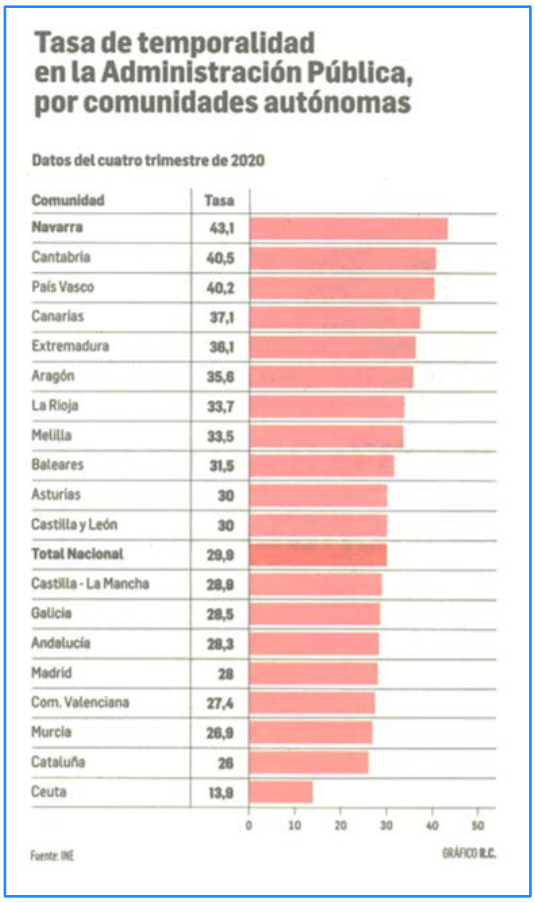
El aumento de gasto que supone esta forma de funcionamiento no incide directamente en una mejora de la calidad asistencial ni soluciona los problemas de listas de espera actuales, ya que constituyen sólo son un parche que alivia de forma puntual la situación, pero cronifica su disfunción.

En el siguiente gráfico se puede ver la línea de contratación que se ha venido realizando en los últimos años, constatando que es una tendencia mantenida en el tiempo la deficiente contratación de facultativos. Política que no ha hecho más que acrecentar y consolidar la carencia actual.

La pandemia de la COVID-19 no ha quebrado ninguna estructura que no estuviese agrietada, ni ha precipitado la caída de nada que no fuese precario e inestable. El estrés y la sobrecarga laboral que se ha producido durante toda esta crisis ha recaído sobre todos los profesionales sanitarios, pero en especial sobre un estamento médico que ya estaba sobrecargado y con afectación de la salud, según los informes del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O.

4. TEMPORALIDAD

Uno de los instrumentos que permiten atraer y fidelizar a trabajadores públicos es asegurar lo antes posible sus puestos de trabajo.



Aunque somos conscientes de que Navarra ha hecho un importante esfuerzo en consolidar las plazas estructurales y sacar a concurso las plazas de facultativos vacantes, lo cierto es que, una cosa es publicar OPEs, y otra muy distinta ejecutarlas. En los últimos 8 años, los facultativos del SNS-O solo han tenido oportunidad de concursar en dos convocatorias: una finiquitada (OPEs 2013-2015-2016), y la otra todavía en curso (OPEs 2017-2018E-2018-2019). A esta última, además, se suma el incumplimiento del cronograma previsto, con el retraso en la realización de los exámenes de oposición, decidido unilateralmente por la Administración, a pesar de nuestra queja.

Así se entiende la alta tasa de temporalidad existente entre los trabajadores públicos del Gobierno de Navarra, y dentro de ellos, de forma más significativa, los de Salud y Educación.

ÁREAS DE MEJORA

En el último año los profesionales sanitarios han trabajado en condiciones muy duras y agotadoras, demostrando una entrega y compromiso profesional, por lo que han recibido un merecido reconocimiento. Entre ellos, la Medalla de Oro de Navarra 2020, entregada el pasado 3 de diciembre por la Presidenta de Navarra, María Chivite, al personal sanitario y sociosanitario por su actitud durante la pandemia de la COVID-19.

Sin embargo, y a pesar de todo el esfuerzo realizado, no hemos visto por parte de este Gobierno un cambio en su política sanitaria ni laboral. No se ha tomado ninguna medida para hacer más atractivo el trabajar en Navarra, por lo que seguimos sin solucionar uno de los principales problemas del SNS-O, la falta de facultativos.

Tras un año de pandemia, y viendo los efectos negativos que está teniendo en todos los ámbitos, no puede demorarse más el momento de reflexionar y analizar las carencias y deficiencias que han quedado patentes para que, en un ejercicio de responsabilidad, se tomen las medidas correctas para solucionarlas.

Dada la pasividad de los responsables del Departamento de Salud, encabezado por Dña. Santos Indurain, conocedora de la problemática sanitaria y máxima responsable de este Departamento, el SMN se ve en la situación de acudir a otros foros en los que se puedan tomar las decisiones necesarias para solucionar los problemas que impiden que Navarra sea un destino atractivo para los médicos.

Entre los aspectos que se deberían abordar están la mejora de las condiciones laborales, la disminución de la sobrecarga laboral, la recuperación e incremento retributivo que nos iguale a las condiciones de las CCAA vecinas, la recuperación del liderazgo de los facultativos y el cumplimiento de los acuerdos pactados entre SMN y el Departamento de Salud.

A. LIMITACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL

Es imprescindible romper el círculo vicioso que se establece al no contratar a nuevos facultativos porque resulte difícil atraerlos, aumentando así la sobrecarga a los actuales, y por ello generando un mayor rechazo a los puestos de trabajo ofertados, lo que en definitiva y a su vez, incrementa la dificultad de encontrar más facultativos.

Las medidas que se podrían establecer son las siguientes:

- Cumplimiento de la limitación de carga asistencial establecido en el acuerdo de diciembre de 2019, o establecer nueva limitación de forma negociada. El triaje de la demanda es una medida que tiene un papel principal, pero la decisión final y la responsabilidad no puede estar en manos de un trabajador no sanitario (como ocurre actualmente en los Centros de Salud). Cada estamento debe asumir su carga laboral y la responsabilidad que ello conlleva.
- Número máximo de pacientes/día: para ello se deberían bloquear las agendas y ningún profesional, sin permiso explícito del facultativo, debería poder forzar pacientes en el listado.
- Definición de tareas de cada uno de los estamentos establecido con una instrucción clara y de obligado cumplimiento. De esta manera, cada estamento asumiría la carga laboral que le corresponde y se responsabilizará de sus decisiones y actuaciones.
- Ampliación de plantilla de médicos de Atención Primaria y redistribución del exceso de TISes, que ahora mismo es superior a lo recomendado en el 55% de los cupos de atención primaria de Navarra. Retribuir el exceso de TISes es justo, pero no soluciona el problema de fondo.
- Llegamos ya muy tarde, pero aun deberíamos establecer la previsión de necesidades de contratación COVID de facultativos, dada la situación de prolongación de la pandemia. Hasta alcanzar la cobertura vacunal poblacional necesaria para reducir la presión asistencial, debemos contratar a los profesionales necesarios.
- Normativizar y agilizar la asistencia a través de nuevos medios de comunicación (Telemedicina). Establecer qué consultas se pueden realizar de esta manera, el sistema de realización y la cobertura legal de las actuaciones realizadas. En el caso de los facultativos deberá cumplir con el Código Deontológico establecido por el Colegio de Médicos y asegurar que la póliza de responsabilidad civil cubre estas contingencias.
- Implantar los días adicionales de descanso en función de la antigüedad (días canosos) en Navarra, al igual que ya han realizado, desde hace años, la mayoría de las Administraciones Públicas centrales y autonómicas, e incluida en el 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, en su Disposición Transitoria decimocuarta.

- Reducir la carga asistencial desde los 55 años, buscando una fórmula similar a la que ya disfrutan bomberos o profesores de enseñanza media. De modo que a mayor edad de los facultativos, se reduzcan progresivamente las tareas asistenciales más gravosas, sustituyéndolas por actividades laborales fundamentales como investigación, docencia, protocolización, apoyo clínico y consultoría, etc.., en las que se aproveche toda su experiencia.
- Implantar la exención de guardias con actividad compensatoria, que ya fue rubricada mediante publicación en BON en 2004 (**Anexo 4**) y en el Acuerdo de diciembre de 2019, sin que todavía se haya aplicado dicha actividad compensatoria.

B. ELIMINACIÓN DE DISCRIMINACIONES

Navarra difícilmente será atractiva para nuevos facultativos si las condiciones del ejercicio profesional son comparativamente peores que en otras CCAA, e incluso diferentes entre distintos puestos de trabajo de facultativos dentro de la propia Comunidad Foral.

Por ello se proponen las siguientes medidas:

- Que la cobertura de las plazas se realice siempre con contratos al 100% de jornada. Punto esencial ya acordado y firmado con el Departamento de Salud en diciembre de 2019, y que no se ha cumplido por parte del SNS-O. Sirvan de ejemplo los contratos del 80% de jornada que se mantienen aún en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE). Esta fórmula permite a los responsables de la Gerencia de Atención Primaria que con el 20% de la jornada restante de estos profesionales puedan "tapar huecos" de forma apresurada y alterando la conciliación de la vida familiar y laboral de los afectos. Añadido a esto se suma el excesivo gasto en productividad variable del SUE y el Servicio Normal de Urgencias (SNU), lo que denota una nefasta organización del personal y del presupuesto sanitario. Insistimos en que lo prioritario es mejorar las condiciones, asegurar las plantillas y posteriormente, si es imprescindible, proponer ocasionalmente trabajo voluntario extraordinario.
- Que se realicen de forma reglada y fija la convocatoria anual de acoplamientos (que deberían ser en el primer semestre del año y no se está cumpliendo), con traslados y OPEs bienales sin retrasos. En otras comunidades como Aragón, esta planificación está consiguiendo reducir la temporalidad entre los facultativos a tasas en torno al 10%.

- Que se suprima la Exclusividad ya que es una medida discriminatoria entre los propios médicos, dado que "a igual trabajo, igual remuneración"; además de segregarnos del resto de estamentos sanitarios que no la tienen. Recordar en este punto que un médico que renuncie a la exclusiva, ve como su Complemento Específico (que retribuye la disponibilidad y la naturaleza del trabajo) se recorta hasta un nivel inferior al que percibe un celador.

  La pérdida económica que supondría la eliminación de la exclusividad se podría compensar con la creación paralela de un complemento retributivo de igual cantidad, tal como se hizo desde hace más de 10 años en las demás CCAA (salvo Asturias y Galicia).

  Recientemente el SMN realizó una encuesta informativa a los médicos del SNS-O sobre este tema. La acogida y apoyo a la propuesta de eliminación fue masiva, con un 94,8% de las respuestas recibidas de las cuales el 91,7% pensaba que la no eliminación de la exclusiva era uno de los motivos por los que no conseguíamos captar médicos en Navarra. Por ello, consideramos que la eliminación de esta discriminación laboral, sin pérdida retributiva, se debería regular normativamente de forma definitiva.

  Transitoriamente, y en tanto no se habilite la modificación legislativa necesaria, se podrían proponer soluciones como establecer una enmienda presupuestaria para suprimir la exclusividad con compromiso de renovación anual automática, o derogar temporalmente el régimen sancionador que se aplica al régimen de exclusividad.

- Establecer y regular las plazas de difícil cobertura. Las comunidades limítrofes han regulado algunas ventajas laborales en ciertas plazas difíciles de cubrir por sus peculiares características haciendo que éstas sean más atractivas para los profesionales. Sin embargo, consideramos que habría que mejorar las condiciones de todos los facultativos en primer lugar y después valorar una incentivación suplementaria para aquellas plazas de difícil cobertura.

  Sirva de ejemplo lo realizado en Aragón, que en la convocatoria de la OPE de 2020 incluía en el baremo una mayor puntuación a aquellos candidatos que hubieran ocupado plazas de difícil cobertura en dicha comunidad. Un incentivo para la incorporación de facultativos a esos puestos.

Otro aspecto importante que dificulta la captación de nuevos profesionales son las condiciones fiscales y la carestía de la vida de nuestra Comunidad. Con la modificación de las medidas fiscales realizadas por el anterior Gobierno, la

Comunidad Foral de Navarra tiene la mayor presión fiscal de España, según datos recogidos en el estudio "Panorama de la fiscalidad autonómica y foral 2020" elaborado por el Registro de Asesores Fiscales (REAF) del Consejo General de Economistas (CGE). Es decir que, aunque nuestras retribuciones netas fuesen iguales, según las tablas retributivas, la cantidad neta percibida sería menor tras el pago de impuestos a la Hacienda Foral.

Resulta que, los médicos que realizan guardias obligatorias, o jornadas extraordinarias voluntarias para disminuir las listas de espera perciben (tras pagar el IRPF) retribuciones muy bajas e impropias de su categoría profesional, de su responsabilidad y de su esfuerzo.

Esta situación se va a ver agravada tras aprobar el Parlamento de Navarra, el pasado mes de diciembre, el proyecto de ley foral de medidas fiscales que grava aún más a los profesionales con tramos altos de ingresos. Esto hace que Navarra sea la comunidad con un mayor IRPF y por tanto con una importante pérdida de competitividad fiscal, lo que contribuye a ahuyentar a los facultativos de otras comunidades y favorecer que los que aquí trabajamos nos veamos tentados de emigrar (y muchos lo hacen).

Por todo lo anterior queda claro que para los facultativos, a igualdad de retribuciones y de trabajo, les resulta más beneficioso tributar en cualquier otra comunidad. En el siguiente esquema se muestra el efecto que supone la presión fiscal sobre la remuneración final del facultativo y sus consecuencias.

Si a lo anterior añadimos el coste de la vida en Navarra, que es el tercero mayor del Estado (Fuente El País), el resultado de la combinación de todos los aspectos que inciden sobre el nivel adquisitivo real es totalmente desalentador para los futuros médicos.

C. MEJORAS RETRIBUTIVAS

Según el informe de "Gasto Sanitario en España" basado en datos del Ministerio de Hacienda en 2007, el salario de los médicos en Navarra se situaba en el último puesto de las 17 comunidades autónomas. Sin embargo, en esa misma fecha, el salario de los profesionales de enfermería de nuestra Comunidad se situaba entre las 2ª y 5ª en el ranking en relación al puesto de trabajo y titulación (y eso sin contar que no se había implantado todavía la Carrera Profesional en enfermería). El personal administrativo se situaba entre los 2º mejor pagados y los celadores los 4º mejor pagados del país.

En el siguiente cuadro se pueden ver el puesto que ocupaban los distintos estamentos en 2007.

ESTAMENTO	PUESTO
FACULTATIVOS	**17º** (penúltima)
ENFERMERÍA	2º - 5º
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	4º
ADMINISTRATIVOS	3º
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	2º
CELADORES	4º
PINCHE DE COCINA	3º

A pesar del **estudio realizado y publicado por el SMN en 2006 y actualizado en 2012** (entregado a los diferentes Directores Generales de Salud) y los posteriores estudios publicados por otros organismos en el que se demostraba lo anteriormente expuesto, el Departamento de Salud del Gobierno Foral nunca lo admitió.

En septiembre de 2019, el propio Departamento de Salud elaboró un estudio retributivo comparando los distintos estamentos de profesionales de la Sanidad Navarra con los equivalentes de otras comunidades.

Los resultados obtenidos, como no podía ser de otra manera, eran favorables a la postura mantenida hasta el momento por la Administración, pero no reflejan la realidad debido a los errores cometidos en su elaboración, como fueron computar de forma equivocada los años de carrera profesional, asignar ayudas familiares solo en Navarra y no en el resto de comunidades estudiadas, contabilizar el complemento de exclusividad entre comunidades que no lo tienen, etc.

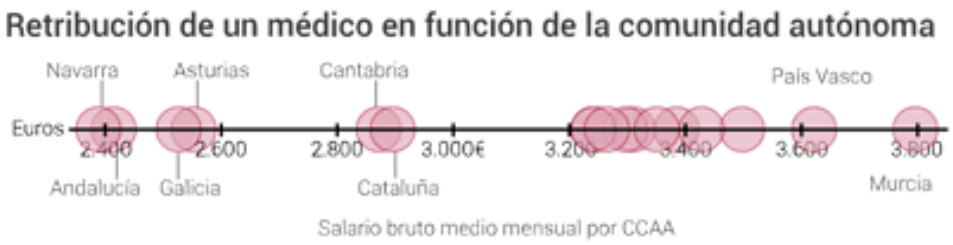
Tras su publicación, el SMN solicitó una reunión con el Departamento de Salud para insistir en que se subsanaran los errores y por tanto las conclusiones obtenidas, pero, casi un año y medio más tarde aún no hemos recibido respuesta. Tampoco obtuvimos ninguna explicación sobre la sistemática seguida en la elaboración del estudio, la fuente de datos consultada, los profesionales encargados de realizarla, el análisis estadístico aplicado, ni si se contrastó la información con salarios reales de profesionales en activo en el SNS-O. Como todos sabemos la estadística es un arma de análisis excelente para obtener datos pero, según se utilicen, los resultados pueden ser del todo erróneos (sobre todo cuando la recogida de la información es sesgada y no contrastada).

Lo más lamentable es que una Administración como la nuestra dé por buenos estudios cuyos resultados sólo sean válidos para confirmar el objetivo establecido desde su inicio, confirmar que los médicos están muy bien pagados, y no para

conocer la realidad de sus retribuciones. De esta forma, se usan como justificación para seguir desprestigiando a los facultativos que, por otro lado, siempre han demostrado gran implicación y calidad en su quehacer profesional.

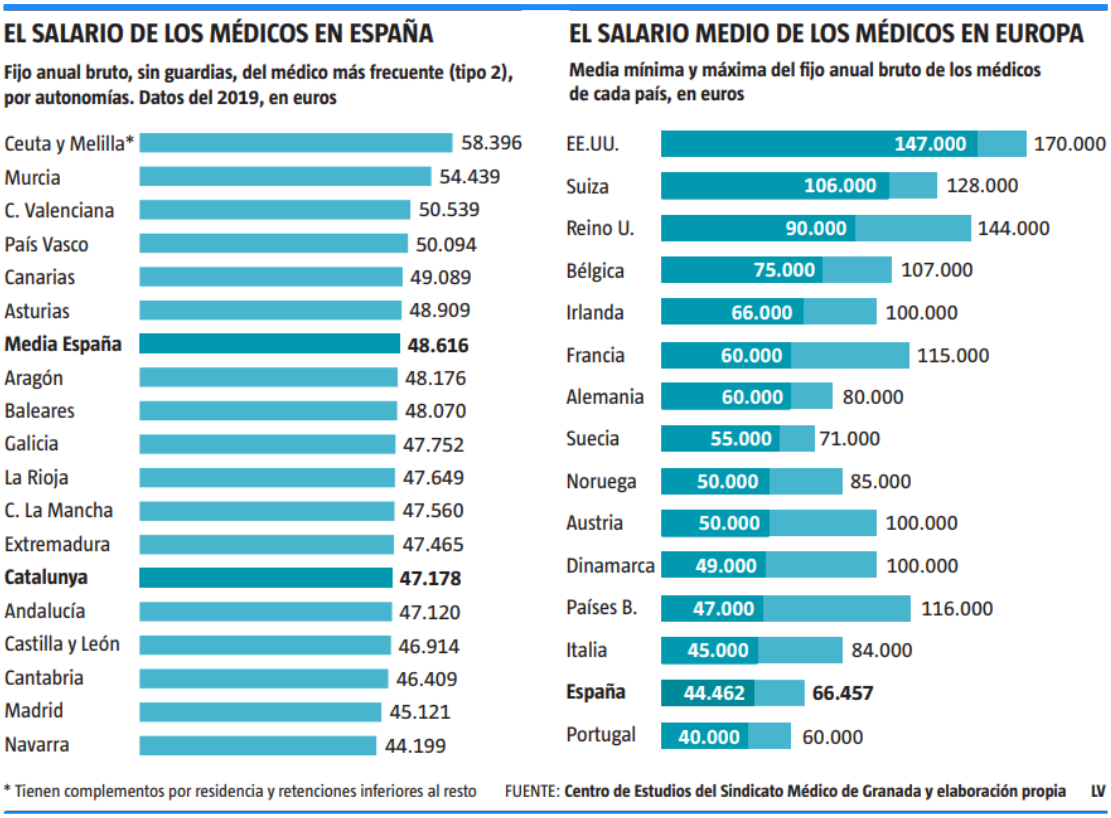
El SMN, como hemos comentado previamente, realizó un estudio titulado "Compilación, Estudio, Análisis y Comparación de las Retribuciones de los Médicos del Sistema Nacional de Salud" en 2012 (que venía a ser la actualización del estudio publicado en 2006), en donde se demuestra que los trabajadores del nivel A del SNS-O se sitúan entre los peores retribuidos de España. No entendemos por qué la Administración no ha asumido este estudio pionero, que ha sido ratificado por estudios posteriores realizados por otras entidades nacionales.

Así mismo, existen informes publicados en prensa, en El Confidencial en 2017 y Medscape de forma anual, en los que sitúan a Navarra como la comunidad que peor paga a sus médicos, tal como se muestra en la siguiente figura.



Tras nuestros estudios retributivos de 2006 y 2012, los datos recopilados por el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos-CESM) son la mejor y más fiable fuente de información sobre los salarios de médicos en España. Tras el análisis de estos datos queda claro que los médicos de Navarra están entre los peor retribuidos del Estado, incluidos los MIRes. Sólo los médicos en los tramos de mayor antigüedad se aproximan a la media nacional. En todos los casos estamos situados entre los peores de toda Europa.

Dentro de los informes del Centro de Estudios se encuentran tablas comparativas entre las diferentes comunidades autónomas en las que se clasifican a los médicos según su ámbito de trabajo (Atención Primaria vs Hospital), la realización o no de guardias, la percepción del complemento de exclusividad o antigüedad en el puesto. Como ejemplo sirva la tabla resumen elaborada por el periódico La Vanguardia en junio de este año 2020, a partir de los datos de CESM Granada de 2019 y la investigación realizada por ellos y que mostramos a continuación.



Destacar de nuevo que el salario médico en Navarra se sitúa en último lugar, en relación al resto de las CCAA, y que España se sitúa en penúltimo lugar en relación al resto de los países de Europa, por lo que el resultado final es que Navarra es el peor lugar de España y de Europa para ejercer la medicina por sus bajas retribuciones.

La posición que ocupamos en la actualidad es el fruto de la política sanitaria y de personal que se viene aplicando a lo largo de los últimos 30 años, en los que la discriminación retributiva activa hacia el colectivo médico ha sido una máxima de los diferentes gobiernos y los distintos grupos parlamentarios. Llama la atención que siempre haya habido un acuerdo general entre los diferentes partidos políticos, de forma que cuando están en la oposición ven injusto el trato a los facultativos, pero cuando están en el gobierno aplican las mismas normas discriminatorias y negativas hacia nuestro colectivo.

Para explicar cómo se ha llegado a esta situación hay que remontarse a los años noventa y siguientes.

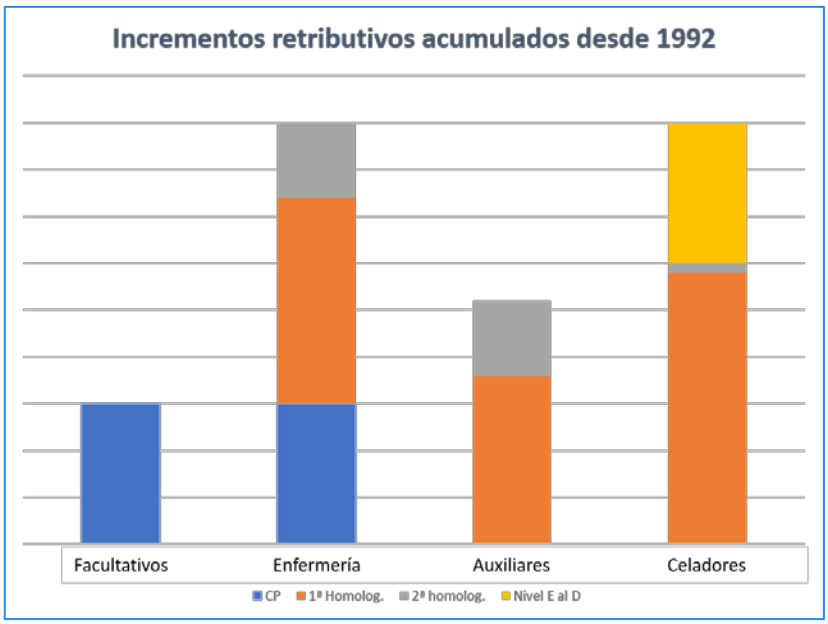
Empezamos en las transferencias sanitarias de los años 92-95 donde se empieza a fraguar este disparate:

1) Entre los años 1992 a 1995, en los que se transfirieron las competencias sanitarias a Navarra, se realizó una homologación salarial directa a todos los estamentos profesionales de la sanidad, excepto al nivel A:

   - Al personal de enfermería se realizó una subida del 22% del complemento específico, además de un 5% del complemento de destino a las matronas. De aplicación universal y directa (sin requisitos previos).
   - Al personal auxiliar una subida de hasta el 18% del complemento específico. De aplicación universal y directa (sin requisitos previos).
   - Al personal de Celadores una subida del 29%. De aplicación universal y directa (sin requisitos previos).
   - **Al personal facultativo la subida fue del 0%.** A cambio se implantó la Carrera Profesional (CP), pero no fue universal ni directa. Para acceder a ella existían una serie de requisitos, entre ellos, ser funcionario y con plaza en propiedad, por lo que sólo se pudo aplicar a un 50% de la plantilla de facultativos de entonces. Además, era necesario aportar méritos profesionales que venían establecidos en la Ley de Carrera Profesional en función del grado al que se quería acceder.

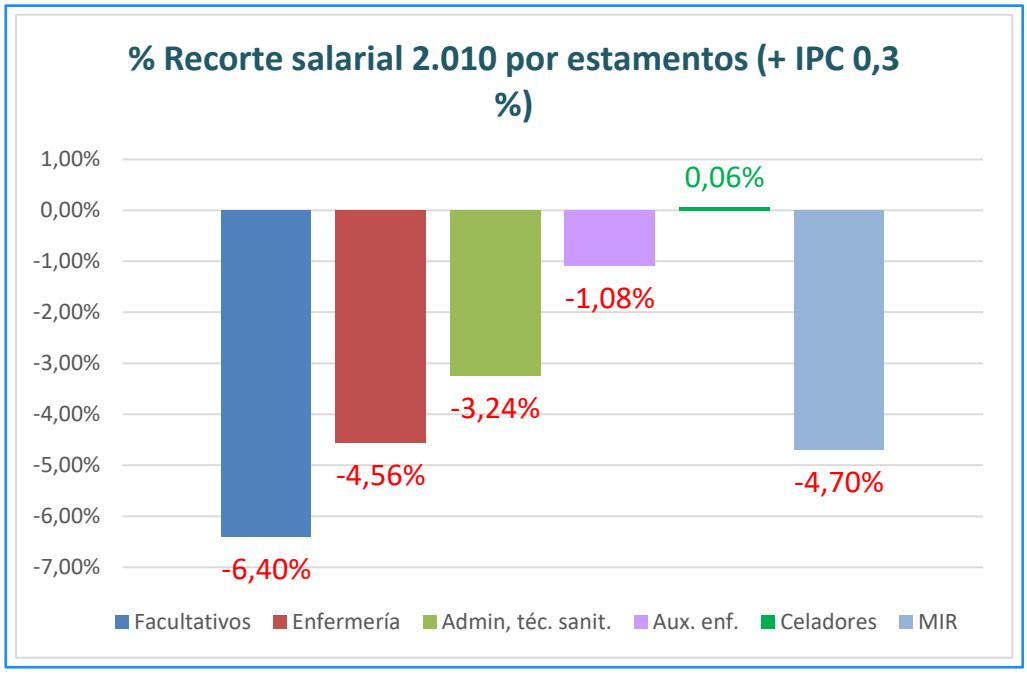
2) En el año 2003, se realizó una nueva subida del 8% del Complemento Específico a todos los estamentos, excepto a celadores que se les subió el 1%. Nuevamente el estamento de facultativos (nivel A) quedó excluido de esta subida salarial.

3) En el año 2008, se creó la Carrera Profesional de enfermería. Sin embargo, no se les descontó la homologación establecida en el año 1995, ni tampoco se realizó la misma homologación pendiente a los facultativos de la subida del 8% del Complemento Específico.



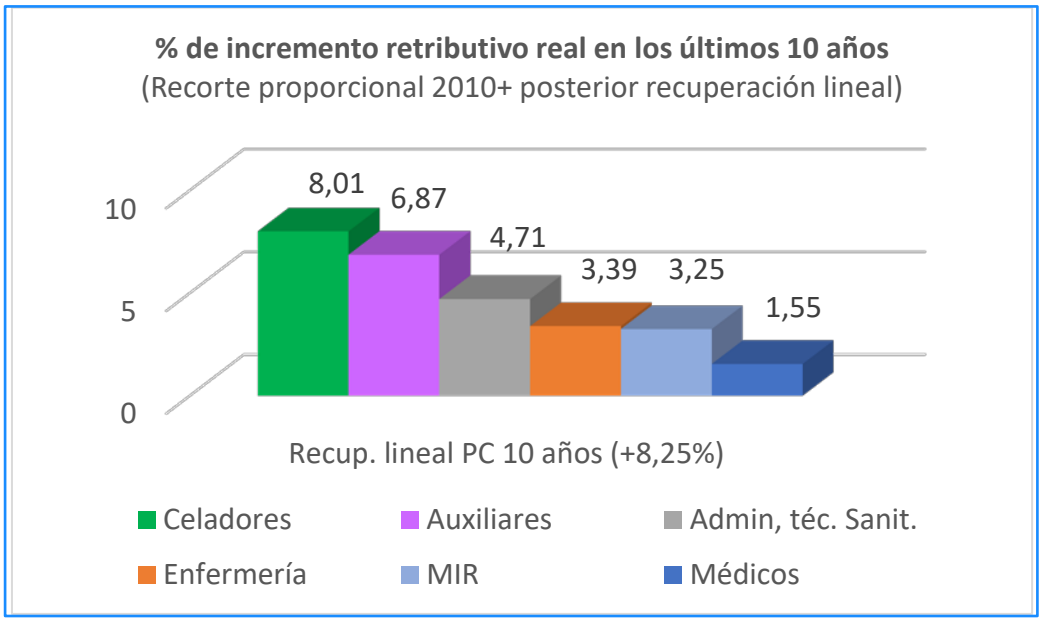
En la siguiente gráfica se muestran los incrementos retributivos por estamentos acumulados desde 1992, observando la marginación del estamento médico frente al resto de profesionales.

4) En el año 2010, debido a la crisis económica, el Gobierno de Navarra aplicó los recortes salariales de una forma proporcional (a diferencia del resto de CCAA que lo hicieron de forma lineal, afectando a todos los funcionarios por igual), por lo que de nuevo el nivel A (facultativos) fue el más castigado de todos los estamentos. Se aplicó el 6.7% a los médicos (a los MIRes, el recorte fue del 5% por intercesión del SMN), y gradualmente menores hasta el nivel E, con una bajada simbólica del 0.24%. Estas bajadas "proporcionales" fueron moduladas por el IPC de ese año de modo que los recortes reales se aprecian en la siguiente tabla.



Como se puede observar, tras la aplicación de los recortes y del IPC, los trabajadores del nivel E no tuvieron una repercusión en sus salarios, sino que, muy al contrario, su nómina fue la única que creció en ese año y en los sucesivos.

5) A medida que se fueron revirtiendo los recortes, la decisión no fue hacer una recuperación proporcional, de la misma manera que se aplicó, sino que en este caso se hizo de forma lineal; es decir, a todos los estamentos de igual manera sin tener en cuenta la bajada previa. Por ello, no se volvió al punto de partida, por lo que el nivel A fue el que menos recuperación salarial neta tuvo, tal como se puede ver en la siguiente gráfica.



Todo ello supuso que, ese mismo año 2010, tras la aplicación de la recuperación salarial se eliminase el Índice de Proporcionalidad aplicable a las retribuciones fijas del SNS-O, establecido en el Decreto Foral 158/1984, y que era una de las garantías de equilibrio retributivo de los salarios del personal funcionario en Navarra.

El Índice de Proporcionalidad se estableció basándose en las diferentes titulaciones, preparación y responsabilidades de los diferentes profesionales sanitarios.

Hasta ese momento un celador (nivel E) tenía un índice retributivo de 1, un profesional de nivel D tenía un índice de 1,15, uno del nivel C del 1,35, un profesional del nivel B (enfermera) cobraba un índice de 1,65 y un profesional del nivel A (médico) un índice de 2.

Solo por este concepto, los médicos de Navarra han acumulado desde 2010, **una pérdida mínima de ingresos de 30.446€ en sueldo base, grado y complemento específico, que se incrementa hasta 40.000€ en el caso de contabilizar otros complementos como el de destino y las guardias.**

Además, la eliminación del Índice de Proporcionalidad ha tenido como consecuencia que la mejora en las retribuciones de un estamento no haya tenido repercusión en la proporción establecida sobre el resto de estamentos. Lo que ha conllevado desequilibrios salariales cada vez más marcados y que no deberían tener cabida dentro de un sistema funcionarial.

Un claro ejemplo está siendo el reparto arbitrario de los fondos adicionales del Estado, realizado en 2018, en cumplimiento de los límites presupuestarios y que se destinaron en su totalidad a la promoción del personal del nivel E al nivel D, equiparar el puesto de trabajo de auxiliar administrativo (nivel D) con el de administrativo (nivel C), entre otras medidas. De nuevo con esta medida se vuelve a excluir al nivel A.

En resumen, en los últimos 10 años las mejoras retributivas que se han producido, y que de forma sistemática han excluido a los facultativos, han contribuido a aumentar el desequilibrio salarial entre los diferentes estamentos de la Administración. Un factor más por el cual Navarra no es atractiva ni para los médicos que terminan su periodo de formación y ni para otros médicos de Comunidades limítrofes.

Lo más lamentable es que las decisiones políticas han sido tomadas de una forma consciente y proactiva, perjudicando a los facultativos en aras a contentar a otros estamentos y buscando, no solo la pérdida de retribución fija sino también la pérdida del liderazgo de la labor asistencial de los médicos y su gestión del trabajo diario.

Por todo ello, si queremos médicos en Navarra, es imprescindible tratarlos mejor en todos los aspectos. Y no hay que ser timoratos en esta reclamación, porque como ya dijo el Sr. **Ramón Alzórriz**, según información del Diario de Navarra del 23 de noviembre pasado, -… *la subida de sueldo de los parlamentarios hay que verla "con **naturalidad**" ya que es la misma que se aplica a los empleados públicos porque son "trabajadores como cualquier otro"*-.

Los médicos, efectivamente, somos trabajadores como cualquier otro; pero unos trabajadores especiales, debido al alto nivel de preparación, capacidad para asumir una enorme responsabilidad, compromiso con la población que atendemos y que, dadas las condiciones actuales de carencia de facultativos, podemos escoger puestos de trabajo con las mejores condiciones laborales y retributivas posibles fuera de Navarra. Incluso, la demanda en Europa es cada vez más alta y las nuevas generaciones de médicos, que dominan al menos el inglés, pueden optar a más puestos de trabajo que en otras épocas.

Tenemos la sensación de que la Administración Sanitaria del Estado, en connivencia con las autonómicas han intentado consolidar un oligopolio del mercado salarial del médico en España, con el objetivo de mantener unos bajos sueldos que permitan contener el gasto sanitario y alardear de que España tiene "una de las mejores sanidades del mundo". No han sido conscientes de que los médicos españoles tienen a su alcance cualquier puesto de trabajo del mundo. Racanear sus retribuciones es garantizar la fuga de talento.

A continuación, se muestran diferentes acciones de mejora retributiva, que **no son excluyentes** entre sí:

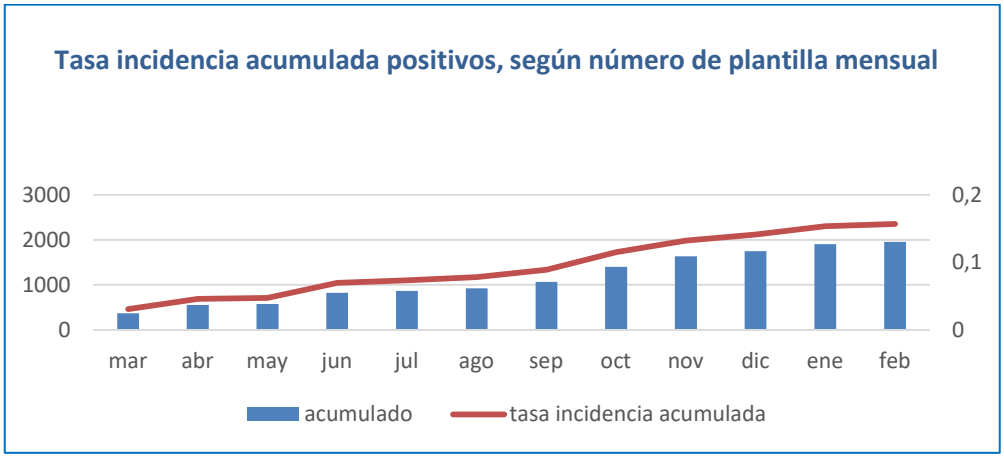
- **Aumentar el Complemento de Destino** en función de las diferentes categorías profesionales:

	C. DESTINO actual		C. DESTINO propuesto		Incremento
DR. AREA	22	997,68	30	1.868,95	871,27
JEFE SERVICIO	20	798,18	28	1.669,44	871,26
JEFE SECCION	16	576,16	26	1.469,91	893,75
ADJUNTO	8	269,39	23	1.149,69	880,30
D.EQUIPO I	11	372,31	24	1.259,80	887,49
D.EQUIPO II	10	329,2	23	1.149,69	820,49
D.EQUIPO III	9	303,05	23	1.149,69	846,64
EAP	0	0	21	897,93	897,93

- **Aumentar el Complemento de Especial Riesgo** al 10%.

  Según la plantilla orgánica del Gobierno de Navarra profesionales como ingenieros técnicos de obras públicas, oficial de mantenimiento del Museo de Navarra, oficial de primera del centro de tecnificación deportiva del Centro Larrabide, etc.., tienen un complemento de riesgo del 10% y no todos tienen actividades profesionales que justifiquen ese riesgo.

  Sin embargo, en el SNS-O el Complemento de Especial Riesgo varía entre el 1 y el 2% en función del puesto que se ocupe, muy lejos de ese 10%. La pandemia ha puesto de manifiesto que los trabajadores del SNS-O son personal especialmente expuesto a riesgos biológicos. El elevado porcentaje de profesionales infectados en el último año así lo demuestra, por lo que el aumento del Complemento de Especial Riesgo percibido al 10% está plenamente justificado.



- **Establecer un Complemento Retributivo Fijo** que equipare la retribución básica del médico navarro con las mejores de las comunidades adyacentes, siendo esta la fórmula más sencilla para equiparar retribuciones con el resto de CCAA. No podemos pretender que los médicos se queden en Navarra si van a cobrar casi mil euros menos que en las CCAA vecinas, con similar coste de vida y menores cargas fiscales.

- **Valorar cambios de la Ley de Carrera Profesional** de modo que se incluyan:
  - Ampliar la carrera profesional a los interinos y contratados.
  - Iniciar el cómputo de carrera profesional desde el primer contrato firmado por el facultativo, es decir, el contrato de MIR o de Residencia, para cumplir con lo estipulado en la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europeas (TJUE) de 19 de marzo de 2020 (C-103/18 y 429/18). Esto supondría poder entrar en el primer tramo retribuido desde el inicio. De hecho, otras CCAA, como Cataluña, Valencia, Murcia y Cantabria, ya incluyen el periodo de MIR en su normativa a la hora de reconocer este tiempo para su cómputo.
  - Al extender a otros estamentos la carrera profesional se mantiene con los facultativos la deuda por homologación del 30% (22% realizado en 1992 y 8%, en 2003 al resto de estamentos) para igualar las subidas realizadas desde 1992.
  - Admitir los periodos de contratación, MIR e interinidades realizados fuera de Navarra en el cómputo de Carrera Profesional. Este punto debería ser contabilizado tanto cuando un médico de otra comunidad autónoma accede a una plaza en Navarra por traslado (que de hecho ya se hace) como si saca plaza en Navarra y ha trabajado previamente fuera (que actualmente no se contabiliza). Es decir, en los traslados, estos años sirven para el encuadramiento y, cuando la plaza es en Navarra, no se tienen en cuenta al valorar el nivel de carrera profesional al que accedes.
  - Facilitar la promoción del nivel de carrera profesional a aquellos facultativos que por la crisis COVID no hayan podido reunir las unidades necesarias en el apartado de méritos y actualización profesional, según hemos propuesto al Departamento de Salud el día 19/02/2021 (enlace a redes).

- **Aumentar el precio de hora de guardia** (según propuesta remitida por registro en febrero de 2020) y que supone:

a) Abonar la subida del 8% del precio de hora de guardia (acordada, firmada y publicada y pendiente de aplicar desde enero de 2010) con efecto de 1 de abril de 2020.

b) Consolidar la retribución extraordinaria en los días especiales (24, 25, 31 de diciembre y 1, 5 y 6 de enero). Este incentivo está consolidado en la mayoría de las autonomías (como se puede ver en la tabla elaborada por el Sindicato Médico de Extremadura - SIMEX). En Navarra continúa dependiendo cada año de la aprobación en el Parlamento de una enmienda presupuestaria que retribuye este concepto a través del complemento de productividad variable. Por lo que se solicita que sea regulada mediante normativa y no a expensas de los presupuestos anuales del Gobierno.

COMPARATIVA PRECIO DE LA HORA DE GUARDIA DÍAS ESPECIALES	
ESTATUTARIOS-AH	DÍAS ESPECIALES €/HORA
MURCIA	56,64
PAIS VASCO	53,12
GALICIA	47,52
VALENCIA	47,30
MADRID	46,54
CANTABRIA	46,04
RIOJA	45,52
BALEARES	45,50
ARAGÓN	41,58
CANARIAS	40,70
CASTILLA LA MANCHA	39,85
CATALUÑA	38,37
ASTURIAS	38,25
ANDALUCÍA	41,79
CASTILLA Y LEÓN	37,06
CEUTA Y MELILLA	28,39
NAVARRA	25,85
EXTREMADURA	25,01
MEDIA NACIONAL	49,53

c) Diferenciar la retribución de la hora de guardia de los días festivos, incrementando la cuantía con el complemento por compensación de trabajo en día festivo (Complemento de Festividad = 8,85€/hora).

d) Incrementar el precio de hora de guardia en un 5.5% para igualarla a la mejor estatal.

e) Pase de guardia: El trabajo realizado por el facultativo para realizar el pase de la guardia (información de los pacientes que están sin concluir la atención) al equipo entrante actualmente no se contabiliza ni se retribuye. La propuesta que realizó el SMN en febrero de 2020 incluía que antes de final de 2020 se debía realizar un registro del tiempo exacto empleado por cada facultativo en el pase de guardia, mediante formulario diario avalado por la firma del Jefe de Servicio. El tiempo real empleado en el pase de guardia se retribuirá a mes vencido como hora de pase de visita.

f) Suprimir las micro y miniguardias. Dependiendo del objetivo asistencial y cubrirlas mediante contratación, guardias completas de 16 horas y 40 minutos o en actividad asistencial cubierta por módulos de productividad variable.

g) Garantizar la revalorización anual del precio de la hora de guardia equiparando su cuantía con la mejor estatal.

h) Contabilizar como jornada laboral a efectos retributivos, del cálculo de pensiones y de jubilación anticipada, que debería defenderse a nivel de Consejo Interterritorial y Ministerial.

A modo de ejemplo se muestra en la siguiente tabla el precio por hora de guardia según tipo de facultativo y guardia:

	€/hora 01/01/2010	€/hora +8% (1)	€/hora **Propuesta** Laborable(2)	€/hora **Propuesta** Festivo (3)
Especialista Presencia Física	25.50	27,54	**30,06**	**38,91**
Especialista Localizada	12.75	13,77	**15.03**	**23,88**
Facultativo R1	15.05	16,25	**17,74**	**26,59**
Facultativo R2	17,84	19,27	**21,03**	**29,88**
Facultativo R3	20,39	22,02	**24,03**	**32,88**
Facultativo R4=R5	22,45	24,25	**26,46**	**35,31**

(1) Aumento en euros del 8% debido y no ejecutado sobre el precio de la hora de guardia de enero de 2010 (previo a la subida del 0,3% de aquel año)

(2) Aumento del 5,5% en euros sobre el precio de la hora de guardia con la subida del 8% debida ya calculada

(3) Se obtiene sumando 8,85€ (Complemento de Festividad) al precio de la hora de guardia de laborable

Tras la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 21 de febrero de 2018 y las sucesivas del Tribunal Supremo en la misma línea, es necesario modificar el Acuerdo de 13 de marzo de 2008 sobre las guardias localizadas y sus descansos, en el sentido de contabilizar las llamadas telefónicas como tiempo de trabajo efectivo (y por ello sujeto a contabilización, retribución y descansos) y actualizar determinados aspectos del paso de guardia localizada a presencial en la línea que otras CCAA ya han legislado.

Por ejemplo, convertir a guardia de presencia física toda localizada con más de 5 llamadas telefónicas, con asistencia presencial de más de tres horas incluyendo desplazamientos, entre otras.
También deberían abonarse, en las pagas extras, el prorrateo de guardias de los últimos 6 meses (como han ganado en sentencia los MIR de la Comunidad Autónoma de Madrid).

Devolver los festivos en los que transcurre una guardia o el saliente correspondiente si coincide con día festivo, garantizar la actividad compensatoria en las exenciones de guardias y el abono del complemento de turnicidad y nocturnidad son otras medidas que es necesario implantar de forma urgente.

D. LIDERAZGO

En los últimos años se ha ido quitando a los facultativos el control sobre las decisiones que afectan a su trabajo, de forma que se ha erosionado el liderazgo que les corresponde en razón de su preparación y responsabilidad y que deben ejercer sobre el conjunto de la atención sanitaria.

La representación sindical de los facultativos, que ostenta mayoritariamente el Sindicato Médico de Navarra y que es la fuerza sindical con mayor número de delegados en Salud, queda marginada de los foros de negociación donde se toman decisiones retributivas, debido a dos motivos principales. Por un lado, a la normativa electoral que asigna los puestos en Mesa General y por otro, porque los propios sindicatos de la Mesa General y la Administración, **vetan ceder a la Mesa Sectorial de Salud cualquier tema de calado**. De esta forma se priva al colectivo con mayor preparación y responsabilidad de la toma de decisiones cruciales en materia laboral y retributiva.

El Defensor del Pueblo en 2010 ya analizó una queja de los sindicatos profesionales, entre los que se encontraba el SMN, por las deficiencias legislativas contenida en la Ley Foral 27/1994, de 29 de diciembre, de Medidas relativas al Personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, y en el Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de agosto:

> *"Efectivamente, a criterio de esta Institución, el elevado porcentaje necesario para poder acceder a las diferentes Mesas de negociación, la existencia de unidades electorales de diferentes tamaños, y el hecho de que en las mesas sectoriales de negociación únicamente puedan tratarse aquellos temas que no hayan sido objeto de decisión por parte de la Mesa General, aún sin vulnerarlo, pudieran incidir negativamente en el derecho a la negociación colectiva de determinados empleados públicos a través de sus representantes sindicales".*

¡Y seguimos sin poder acceder en igualdad de condiciones con otros sindicatos a las mesas de negociación general! ¡Solo nos quedan las mesas sectoriales!

En las últimas elecciones sindicales de 2019, el SMN consolidó su supremacía en el ámbito de Salud, de modo que, con 23 delegados, fue el sindicato con mayor representación de todos. A pesar de ello seguimos fuera de la Mesa General…

Los órganos de representación y decisión, como las **Juntas Técnico-Asistenciales (JTA)**, que debieran tener un peso importante en la toma de decisiones, se han convertido en meros foros informativos en los que la Administración tiene, por número de votos, capacidad de veto de cualquier iniciativa que se presente. No existe

una posibilidad de discusión y mejora del actual sistema ya que sólo se informa de las decisiones ya tomadas por los equipos de gestión.

Si queremos mejorar la eficacia y eficiencia del actual sistema sanitario es necesario realizar un cambio en el funcionamiento y la normativa que rige las JTAs, dotándolas de mayor capacidad decisoria sobre los proyectos asistenciales.

La Administración debe dignificar y prestigiar las **Jefaturas Asistenciales**. Desde la unificación del CHN en que se intentó, de forma falazmente transitoria, elegir jefaturas mediante libre designación, hasta los nombramientos por "concurrencia competitiva" o mediante nombramientos provisionales no ajustados a normativa, los intentos de la Administración por controlar a estos facultativos han sido constantes.

Un jefe asistencial (Jefe de Servicio o Jefe de Sección) es una figura clave en la atención sanitaria, no solo a nivel organizativo sino también en tareas de planificación, docencia, garantías de seguridad asistencial y control de demoras. Además, el desarrollo de su proyecto de gestión debe extenderse durante varios años y no verse condicionado por criterios políticos.

Todos los puestos de responsabilidad deberían pasar por una selección sometida a criterios de igualdad, mérito y capacidad, con retribuciones acordes a la naturaleza de su trabajo y liberación de tareas asistenciales proporcional a la magnitud de sus obligaciones organizativas. Las jefaturas asistenciales deben ser el ejemplo a seguir.

Es necesario dotar a las Jefaturas Asistenciales de la suficiente estabilidad, garantía jurídica, supervisión y respaldo en su gestión que permitan consolidar proyectos a medio plazo. Para eso deben volver a nombrarse mediante la normativa vigente: Decreto Foral 347/1993, de 22 de noviembre. La modificación de este DF, aun necesaria, debe hacerse con gran prudencia.

Las direcciones de los Centros de Salud deben ser reorganizadas. La sentencia del TSJN 344/2019 deja claro que no cualquier profesional puede dirigir un equipo de Atención Primaria (no es lo mismo un Director que un Gestor). Esto se debe a que el director del CS no es un mero gestor administrativo, sino que tiene que tomar decisiones que afectan a intervenciones en Salud, funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación. Aun considerando que la actuación sanitaria se debe realizar en un entorno de trabajo en equipo siempre se realizará cumpliendo lo estipulado en el art. 9.3 de la LOPS (Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias): "cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo".

Dentro de los centros de salud se podrían establecer diferentes puestos de gestión, dirección médica y dirección de enfermería, pero sin desproveer al médico de sus funciones, ni someterlo a la dirección de un personal no facultativo. De igual manera, en cuanto a la retribución, ésta debería ser proporcional al nivel de responsabilidad y categoría profesional.

En relación a los incentivos que percibe un equipo de EAP, éstos se deberían distribuir tras realizar una evaluación del rendimiento y resultados por puesto de trabajo.

Para ello deben limitarse al mínimo los nombramientos provisionales, establecer criterios estables de nombramiento que no se modifiquen al albur de las Gerencias de AP de turno y que aseguren el acceso solo por criterios de igualdad, mérito y capacidad, garantizando la incorporación a esos puestos de profesionales cualificados sin importar su procedencia.

E. VOLUNTAD, COMPROMISO Y COHERENCIA POLÍTICA. CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS FIRMADOS

Sabemos que, en época de elecciones, todos los programas políticos incluyen iniciativas y estrategias para mejorar la sanidad, pero que en muy pocas ocasiones se han llevado a cabo al acceder al Gobierno. A lo largo de los últimos años hemos visto como el deterioro de la sanidad ha sido progresivo sin que ninguna solución se haya puesto en marcha a pesar de las promesas electorales y los múltiples planes de mejora, lo que ha conllevado a una pérdida de la confianza de los facultativos en la mejora de su labor profesional. La sobrecarga asistencial ha sido una constante que se ha visto acrecentada durante la pandemia y sin embargo, las medidas tomadas por la actual Consejería han empeorado la situación, de forma que hemos llegado a un punto de no retorno. Actualmente ya no sólo los facultativos están agotados y no creen en el sistema sino que también la población está sufriendo las consecuencias de la gestión con aumento de las listas de espera y empeoramiento de su salud.

Como ejemplo a lo anteriormente comentado está la moción por la que se instó al Gobierno de Navarra a promover que la atención primaria de salud a los niños y niñas en edad pediátrica se realizara por médicos especialistas en pediatría, y de manera progresiva por profesionales de enfermería pediátrica. Dicha moción fue presentada por la actual presidente del Gobierno (PSN) y publicada en el Boletín del Parlamento nº 84 de 15 de junio de 2018 (**Anexo 5**) en el que entre otras propuestas señalamos las siguientes:

"5. Tomar las medidas oportunas (contractuales, retributivas, formación), para atraer nuevos Pediatras y retener los existentes.

14. Solicitar en el próximo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud que se aborde la situación de la falta de profesionales…".

A fecha de hoy sólo se han conseguido algunas de las solicitudes como la limitación de TISes y OPE amplia o criterios de sustitución homogéneos en cualquier ámbito; sin embargo, otras esperan aún ser implantadas.

El empeoramiento progresivo de las condiciones laborales ha ocasionado una carencia de pediatras, y la solución que ha escogido la Gerencia de Atención Primaria es obligar a los actuales pediatras a asumir la atención de la población infantil emporando de forma drástica sus condiciones laborales (traslados a otros centros, asumir cupos extras, etc).

Una condición imprescindible para mejorar el funcionamiento del actual sistema sanitario en nuestra Comunidad Foral es el cumplimiento de los acuerdos establecidos entre la Administración y los agentes sindicales. Sin embargo, no se están respetando los acuerdos firmados por ella, incumpliéndolos de forma reiterada.

Tras el conflicto mantenido durante todo el año 2019 y que abocó a los facultativos a una huelga con amplio seguimiento, se llegó a un acuerdo entre el SNS-O y el SMN, que a fecha de hoy sigue sin cumplirse en su totalidad. Esta es una estrategia seguida de forma sistemática por los gestores que no hace más que minar la confianza de los navarros en la clase política y que lleva a la destrucción lenta y progresiva de uno de los sistemas sociales más necesarios, como es el de la salud. Ha quedado demostrado, tras esta pandemia, que la salud incide de forma directa en la economía de nuestro país y en la capacidad de generar riqueza. Simplemente una visión estrecha y carente de perspectiva por parte de los actuales gestores debe ser la explicación para no cumplir los acuerdos que van en beneficio de todos: de los profesionales y de la sociedad entera.

Por ello, no comprendemos cómo los actuales interlocutores de la Administración, no cumplen los acuerdos firmados. O bien no tienen la capacidad de llevarlos a cabo (firman sabiendo que no pueden cumplirlos) o han sido desautorizados por otros responsables del Gobierno de Navarra, de forma que con ello se ha dinamitando uno de los derechos constitucionales como es el derecho a la huelga y los acuerdos de final de huelga.

OTROS ASPECTOS

Otros aspectos importantes que deben abordarse y mejorar son todos aquellos que quedaron contemplados en el Acuerdo firmado en diciembre de 2019 entre el SNS-O y el SMN, y debían haber sido desarrollados en posteriores negociaciones. Estos no se han llevado a cabo tanto por la desidia del Departamento de salud como por la aparición de la pandemia. Sin embargo, consideramos que estamos en una situación en la que se deberían reiniciar urgentemente dichas negociaciones para frenar el deterioro del sistema sanitario.

El pasado 29 de mayo fue la última vez que el SMN se reunión con Sra. Induráin, actual Consejera del Departamento de Salud, a quien transmitimos los temas que quedaron comprometidos y pendientes de negociación tras el acuerdo firmado por ella en diciembre de 2019 (ver informe de prensa). Desde entonces han ido surgiendo múltiples temas que se deberían también tratar y entre los que señalamos los siguientes:

- **Plazas de difícil cobertura**: definición de los criterios a cumplir para ser una plaza de difícil cobertura y planificar los incentivos que correspondan.
- **OPEs**: garantizar las OPEs con acoplamientos y traslados bienales en años alternos.
- **Jefaturas Asistenciales**: establecer regulación pendiente de resolución tras la sentencia de apelación del TSJN 359/2019 para evitar los nombramientos arbitrarios y cumpliendo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- **Direcciones de Centro de Salud**: reordenar y definir las direcciones de los centros de salud para cumplir con la sentencia de apelación del TSJN 344/2019.
- **Agendas de AP**: Ordenación de agendas de AP (equivalencias, responsabilidad estamentos, triage, bloqueo de agenda).
- **Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias** (rurales y urbanas) dimensionar plantillas adecuadas, garantizas las sustituciones y reducir la sobrecarga laboral.

- **Nueva estandarización de TISes/Capitación y Dispersión**. El actual cálculo es complejo y las medidas de compensación por exceso de TISes no pueden retrasar la reordenación de la atención primaria.
- **Funciones del facultativo**. Reducción de carga administrativa y reasignación de tareas de acuerdo a las competencias del resto de profesionales.
- **Baremo único** para todos los accesos a puesto de trabajo médico
- **Incentivación a los Equipos de AP**: realizar una incentivación por resultados, debiendo ser un incentivo individual.
- **Mejora retributiva**: Cumplimiento del compromiso de mejora retributiva, tal y como quedó recogido en los Acuerdos de diciembre de 2019 como compromiso del Departamento de Salud.
- **Revisión del estudio de retribuciones comparativa** de septiembre de 2019 de Salud.
- **Comisiones de seguimiento**: cumplir con las reuniones de las comisiones de seguimiento de los acuerdos, para evitar la aplicación desigual y no ajustada tal como se ha producido en el caso de Productividad Variable de Atención Primaria.
- **Exención de guardias** a mayores de 55 años y **establecimiento de actividad compensatoria**, pendiente desde 2004.
- **Comité de Sobrecarga Laboral**: con el objetivo de resolver las situaciones de sobrecarga, tal como insta el informe de Inspección de Trabajo.
- **Coordinador del Programa de Atención Pediátrica**: figura que mejoraría la atención en nuestra Comunidad.
- **Tutores docentes**: puesta en marcha del nombramiento de tutores docentes.

Hay que destacar en este punto que en ningún momento hemos recibido contestación de la Sra. Consejera, ni del actual Sr. Director Gerente del SNS-O, a nuestros comunicados, la mayoría enviados a través de registro. Dejando a un lado la cortesía debida que también nos ha sido negada, la falta de interlocución dificulta siempre e impide a veces nuestra acción sindical, la cual está protegida por la Constitución Española.

Estos hechos (con fecha 26 de febrero de 2021) ya han sido puestos en conocimiento del Sr. Vicepresidente del Gobierno de Navarra.

APORTACIONES REALIZADAS POR EL SMN

Entre las aportaciones realizadas el último año por el SMN, y que siguen pendientes:

- **Jefaturas médicas asistenciales**. Propuesta del SMN de nombramientos provisionales (Documento de 13 de marzo) pendiente de Mesa Sectorial y de la Resolución que evite la ejecución de sentencia. Iniciarlos nombramientos según el DF 347/1993 de 22 de noviembre.
- **Grupo de Enfermedades Infecciosas de alto riesgo (EIAR)**. Compromiso de los responsables médicos para crear un grupo operativo. Propuesta liderada por el SMN de 28 de febrero y que ha quedado también pospuesta.
- **Plazas de difícil cobertura**: Propuesta para plazas de difícil cobertura del 27/02.
- **Guardias Médicas**: Propuesta de mejora de las guardias médicas.
- **Condiciones laborales**: Propuesta para la mejora de las condiciones laborales de los facultativos de urgencias, a los que solo se les ha mejorado la retribución del trabajo extraordinario (productividad variable).
- **Exclusividad**: Propuesta para la eliminación de la exclusividad sin reducción retributiva.
- **Carrera Profesional en COVID**

Anexo 1: Artículos 2 y 3 del Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 259 Miércoles 30 de septiembre de 2020 Sec. I. Pág. 82166

desarrollarse, siempre que las necesidades del servicio lo permitan, fuera de las dependencias de la Administración, mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación.

2. La prestación del servicio mediante teletrabajo habrá de ser expresamente autorizada y será compatible con la modalidad presencial. En todo caso, tendrá carácter voluntario y reversible salvo en supuestos excepcionales debidamente justificados. Se realizará en los términos de las normas que se dicten en desarrollo de este Estatuto, que serán objeto de negociación colectiva en el ámbito correspondiente y contemplarán criterios objetivos en el acceso a esta modalidad de prestación de servicio.

El teletrabajo deberá contribuir a una mejor organización del trabajo a través de la identificación de objetivos y la evaluación de su cumplimiento.

3. El personal que preste sus servicios mediante teletrabajo tendrá los mismos deberes y derechos, individuales y colectivos, recogidos en el presente Estatuto que el resto del personal que preste sus servicios en modalidad presencial, incluyendo la normativa de prevención de riesgos laborales que resulte aplicable, salvo aquellos que sean inherentes a la realización de la prestación del servicio de manera presencial.

4. La Administración proporcionará y mantendrá a las personas que trabajen en esta modalidad, los medios tecnológicos necesarios para su actividad.

5. El personal laboral al servicio de las Administraciones Públicas se regirá, en materia de teletrabajo, por lo previsto en el presente Estatuto y por sus normas de desarrollo.»

Artículo 2. *Medidas de contratación excepcional de personal facultativo y no facultativo.*

1. Se autoriza con carácter excepcional y transitorio la contratación por las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de aquellas personas con grado, licenciatura o diplomatura que carecen aún del título de Especialista reconocido en España, para la realización de funciones propias de una especialidad, del siguiente modo:

a) Podrán ser contratados bajo la modalidad contractual prevista en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, los profesionales de cualquier titulación que realizaron las pruebas selectivas 2019/2020 de formación sanitaria especializada y que, habiendo superado la puntuación mínima en el ejercicio, no resultaron adjudicatarios de plaza.

En caso de que se trate de personas extranjeras, resultará de aplicación lo previsto en el artículo 43 del Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, aun cuando no hubiesen obtenido dicha plaza.

b) Podrán ser contratados los profesionales sanitarios con título de Especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de Especialista en Ciencias de la Salud, siempre que el Comité de Evaluación les haya emitido el informe-propuesta regulado en el artículo 8.b), c) o d) del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril.

El periodo de servicios prestados será tenido en cuenta para el reconocimiento de efectos profesionales del título de Especialista.

2. El contrato que se suscriba permitirá el desempeño de la actividad asistencial y podrá prolongarse hasta doce meses prorrogables por sucesivos períodos de tres meses.

cve: BOE-A-2020-11415
Verificable en https://www.boe.es

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
Núm. 259 Miércoles 30 de septiembre de 2020 Sec. I. Pág. 82167

Artículo 3. *Prestación excepcional de servicios del personal médico y de enfermería estatutario, laboral y funcionario.*

1. De forma excepcional y transitoria, la comunidad autónoma correspondiente podrá destinar al personal estatutario de enfermería y médico facultativo especialista de área de cualquier especialidad, dentro de su centro hospitalario, a unidades asistenciales de otra especialidad distinta de la suya cuando el número de profesionales de dichas unidades no sea suficiente, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, para la atención de los pacientes de dichas áreas y siempre que quede garantizada la asistencia sanitaria de sus unidades asistenciales de origen.

2. Igualmente, cada comunidad autónoma podrá acordar que el personal de enfermería y médico especialista estatutario que preste servicios en centros hospitalarios pase a prestar servicios en los centros de atención primaria de su área de influencia para realizar las funciones propias del personal médico de atención primaria, de forma excepcional y transitoria, por insuficiencia de personal médico de atención primaria, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, siempre que quede garantizada la atención sanitaria en sus unidades de origen.

3. La comunidad autónoma correspondiente también podrá destinar al personal estatutario de la categoría de enfermería, médico/a o pediatra de atención primaria, de forma excepcional y transitoria, a prestar servicios en sus hospitales de referencia o a hospitales de campaña, si las necesidades motivadas por la pandemia por COVID-19 así lo demandan, siempre que quede garantizada la asistencia sanitaria en su centro de salud de origen.

4. Asimismo, cada comunidad autónoma podrá destinar al personal funcionario autonómico de los cuerpos o categorías para los que se exigiera para su ingreso el título de Licenciatura, Grado o Diplomatura en Medicina o Enfermería, de forma excepcional y transitoria y de manera motivada por la insuficiencia de personal médico o de enfermería a causa de la pandemia por COVID-19, a cualquier dispositivo asistencial del Sistema Nacional de Salud, dentro de su provincia de destino.

5. Asimismo, cada comunidad autónoma podrá destinar al personal enfermero o médico laboral que preste servicios en centros, servicios, instituciones o establecimientos sanitarios de carácter público, de forma excepcional y transitoria, a causa de la insuficiencia de personal médico provocada por la pandemia por COVID-19, a cualquier dispositivo asistencial del Sistema Nacional de Salud, dentro de su provincia de destino.

6. La adscripción del personal enumerado en los párrafos 1 a 5 a las unidades con deficiencia en materia de recursos humanos se mantendrá en tanto subsista la insuficiencia de personal médico en las mismas y, como máximo, durante la vigencia de este artículo, de acuerdo con la disposición final cuarta.

7. El personal afectado tendrá derecho a las indemnizaciones por razón de servicio que fije la normativa vigente, cuando corresponda.

8. En el ámbito de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, corresponderá a la administración sanitaria competente la realización de las adscripciones a las que se refieren los apartados 1 a 5, a las que también les será de aplicación lo previsto en los apartados 6 y 7 de este artículo.

cve: BOE-A-2020-11415
Verificable en https://www.boe.es

Anexo 2: Propuesta de requerimiento en materia de Seguridad y Salud Laboral realizada por la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social al SNS-O con fecha 10 de diciembre de 2019.

GOBIERNO DE NAVARRA
R.E.(Unidad: 10008041)

DEPARTAMENTO DE SALUD
NEGOCIADO DE ATENCION AL CIUDADANO

DIRECCIÓN TERRITORIAL
INSPECCIÓN PROV. DE TRABAJO Y S.S.
NAVARRA
10 DIC. 2019
SALIDA
Nº S/31-012972/19

13/12/2019 - 13:25
Doc.:2019/1067505

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL
INSPECCIÓN DE TRABAJO Y
SEGURIDAD SOCIAL
INSPECCIÓN PROVINCIAL
DE TRABAJO Y SEGURIDAD
SOCIAL DE NAVARRA

O F I C I O

S/REF:

N/REF: O.S. 31/0001495/19 CVP/AA

FECHA: 9 diciembre 2019

ASUNTO: Remisión Propuesta Requerimiento Seg. y Salud Admón. Pública

DELEGADOS DE PREVENCIÓN SERVICIO
NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA
Avda. del Ejército, 2
31002 PAMPLONA

Se remite Propuesta de Requerimiento en materia de Seguridad y Salud Laboral realizada por esta Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social al SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA.

EL INSPECTOR DE TRABAJO Y S.SOCIAL

Fdo.: Carlos Miguel Vivanco Peña

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
INSPECCIÓN PROVINCIAL DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
NAVARRA

I.P. - OFICIO

CORREO ELECTRÓNICO/ WEB:
itnavarra@mitramiss.es
DIR3: EA0021814
www.mitramiss.gob.es/itss

Página 1 de 1

PASEO SARASATE Nº 1
31002 PAMPLONA
TEL: 948 26 17 50
FAX: 948 17 14 46

Código seguro de Verificación : PTF-6cc4-c126-c572-ee93-f3c5-253b-1b09-c164 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

CSV : PTF-6cc4-c126-c572-ee93-f3c5-253b-1b09-c164
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL
INSPECCIÓN DE TRABAJO Y
SEGURIDAD SOCIAL
INSPECCIÓN PROVINCIAL
DE TRABAJO Y SEGURIDAD
SOCIAL DE NAVARRA

O F I C I O

S/REF:

N/REF: O.S. 31/0001495/19 CVP/AA

FECHA: 9 de diciembre de 2019

ASUNTO: Propuesta de medidas correctoras

SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA
Avenida del Ejercito 2
31002 – PAMPLONA/IRUÑA

PROPUESTA DE REQUERIMIENTO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

ACTUACIONES INSPECTORAS:

En virtud de lo dispuesto en el artículo 13.3 de la Ley 23/2015, de 21 de julio, Ordenadora del Sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social (B.O.E. del 22), se requiere la comparecencia en dependencias inspectoras del SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA, C.I.F. Q3150004D, el día 26 de marzo de 2019, a las 10:00 horas, a los efectos de aportar la siguiente documentación:

1. Evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva.
2. Documentación acreditativa de la vigilancia de la salud y reconocimientos médicos.
3. Evaluaciones de riesgos psicosociales.

La documentación requerida se refiere a todos los Servicios del Ámbito Hospitalario, Ámbito de Atención Primaria (Centros de Salud), y otros Servicios de Atención Extrahospitalarios (SUE, Centros de Atención a la Mujer, Centros de Salud Mental).

En la fecha y hora señaladas en la citación comparecen en dependencias inspectoras Don Jorge Pascual del Río, Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Doña Esther Goñi Eraso, Subdirectora de Personal, y Don Esteban Ruiz Álvarez, Director de Profesionales, a los efectos de aportar la documentación requerida.

HECHOS COMPROBADOS:

Tras las actuaciones inspectoras desarrolladas y una vez examinada la documentación aportada, se comprueba:

1.- En la práctica totalidad de los Centros de Salud, de los Servicios del Ámbito Hospitalario y de Atención Extrahospitalarios, se identifica en la **evaluación de riesgos** la existencia de riesgos psicosociales con severidad "Moderada" y algunos casos con severidad "Importante". Tales riesgos se encuentran relacionados, fundamentalmente, con la carga y el ritmo de trabajo, así como, con la

CORREO ELECTRÓNICO/ WEB:
itnavarra@mitramiss.es
DIR3: EA0021814
www.mitramiss.gob.es/itss

PASEO SARASATE Nº 1
31002 PAMPLONA
TEL: 948 26 17 50
FAX: 948 17 14 46

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

demanda emocional en la prestación del servicio y las amenazas, insultos o agresiones externas sufridas en el mismo.

2.- Se han llevado a cabo las siguientes **evaluaciones de riesgos psicosociales**:

- Medicina Interna, emitida en junio de 2016.
- Servicio Cirugía Pediátrica, emitida en marzo de 2018.
- Servicio de Geriatría, emitida en enero de 2017.
- Servicio de Psiquiatría del CHN, emitida en mayo de 2017.
- Servicio de Medicina Preventiva, emitida en octubre de 2017.
- Servicio Urgencias CHN, emitida en julio de 2015.
- Servicio de Anestesia y Reanimación, emitida en noviembre de 2017.
- Área Clínica de Cirugía, emitida en marzo de 2018.
- Servicio de Pediatría, emitida en mayo de 2017.
- Neonatología y UCI Pediátrica CHN, emitida en abril de 2018.
- Servicio de Otorrinolaringología, emitida en mayo de 2017.
- Servicio de Digestivo, emitida en abril de 2016.
- Servicio de Dermatología, emitida en mayo de 2017.
- Servicio de Oftalmología, emitida en febrero de 2018.
- Servicio de Neurología, emitida en marzo de 2017.
- Servicio de Obstetricia y Ginecología, emitida en diciembre de 2016.
- Servicio de Medicina Intensiva del Hospital reina Sofía, emitida en noviembre de 2018.
- Pediatría Atención Primaria, emitida en septiembre de 2018.
- SUE Pediatría Dr. San Martín, emitida en octubre de 2013. MOTIVO: DEMANDA.
- CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) Natividad Zubieta en Sarriguren, Pediatría Atención Primaria, emitida en mayo de 2016.
- CAM (Centro de Atención a la Mujer) Tudela, emitida en febrero de 2015.
- Médico de Atención Primaria de Ermitagaña, emitida en abril de 2018. MOTIVO: A DEMANDA.
- Centro Salud de Rotxapea, emitida en mayo de 2014.

Dichas evaluaciones se llevan a cabo de forma planificada o programada excepto en el caso del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CNH), de la Sección de Neonatología y UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (CNH), Pediatría Atención Primaria, SUE Pediatría Dr. San Martín, Equipo de Médico de Atención Primaria de Ermitagaña en los que se efectúa a demanda.

Contiene un "Cuestionario General sobre Factores Psicosociales" en el que las variables o factores de riesgo que se analizan, son cuatro:

- Autonomía: especifica el grado de independencia que tiene la persona para controlar y organizar su propio trabajo y para determinar los métodos a utilizar y su contribución a la toma de decisiones; así como sobre el ritmo y cadencia del trabajo y la elección de tiempos de descanso.
- Trabajo en equipo: Hace referencia a la participación en la toma de decisiones y a la colaboración y cooperación necesaria para la unificación de criterios y pautas de actuación uniformes.

LP. - OFICIO

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

- Cohesión: Valora el patrón de estructura del grupo, de las relaciones que emergen entre los miembros del grupo.
- Formación. Hace referencia a la información necesaria para el correcto desempeño de la tarea y a la adecuación a las necesidades formativas específicas de cada puesto.

También contienen "Cuestionario MBI-SG (Síndrome Burn-Out)" que evalua el riesgo de estar quemado pro el trabajo utilizando tres indicadores:

- Agotamiento: Grado en el que el trabajo diario consigue "consumir" emocionalmente a la persona. Ésta se siente que no puede "dar más de sí" a su trabajo. Se siente agotada tanto a nivel emocional como mental.
- Distancia Mental: Grado en que se duda de la utilidad del propio trabajo, escepticismo sobre las metas y objetivos del propio trabajo. Además, hace referencia a la distancia psicológica con las personas, tanto usuarios como compañeros.
- Eficacia profesional: Grado en que el profesional cree en su capacidad para realizar bien su trabajo.

Por último, contiene "Cuestionario sobre Violencia Externa" elaborado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SERVICIO NAVARRO DE SALUD OSASUNBIDEA con el objetivo de identificar las causas y factores de riesgos asociados a la violencia externa con el objeto de mejorar las condiciones en la que se desarrolla el trabajo del personal adscrito al SNS-O.

En cuanto a los resultados de las citadas evaluaciones de riesgos psicosociales se aprecia la existencia, en mayor o menor grado, de riesgo de tipo psicosocial, llegando en los casos más extremos a determinar la existencia del denominado *burn out* o síndrome del trabajador quemado. Así ocurre por ejemplo en el caso del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CNH), CAM Tudela.

En otros casos se indica que el colectivo afectado podría entrar o el riesgo podría evolucionar en *burn out*, por ejemplo, en el Servicio de Anestesía y Reanimación, Unidades de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Cirugía de Mama y Cirugía Colorrectal; Servicio de Pediatría; Sección de Neonatología y UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (CNH), Servicio de Dermatología, Servicio de Oftalmología, Servicio de Neurología, Servicio de Obstreticia, Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Reina Sofía, Equipo de Médico de Atención Primaria de Ermitagaña

En numerosos cuestionarios de agresiones externas, se extrae la conclusión de que hay profesionales que desconocen el procedimiento de actuación en caso de sufrir una agresión externa o interna y el procedimiento de notificación de accidentes, incidentes o agresiones.

3.- **Planificación actividad preventiva** identifica también riesgos de carácter psicosocial siendo la magnitud de tales riesgos en muchos casos "Moderado", elevándose en algunos casos a "Importante" como ocurre en el Servicio de Anestesía y Reanimación; Servicio de Oncología Médica, Servicio de Pediatría, Sección de Neonatología y UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (CNH), Servicio de Neurología.

Respecto de las citadas planificaciones cabe destacar que se ha Incumplido la obligación de efectuar la planificación de la actividad preventiva que derive como necesaria de la evaluación de

I.P. - OFICIO

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL
ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

riesgos, con el alcance y contenido establecidos en la normativa de prevención de riesgos laborales dado que:

- La actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico. En concreto, aunque el período en que se desarrolla la actividad preventiva en ocasiones es superior a un año, no se establece un programa anual de actividades.
- La planificación de la actividad preventiva no incluye, en todos los casos, el plazo para llevar a cabo cada actividad preventiva, ni los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos. Respecto de los medios y de los recursos en la mayor parte de los casos las planificaciones aportadas se limitan a señalar "Realizar la acción".

CONCLUSIONES:

El artículo 4.7º de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10), establece la definición de "condición de trabajo" de la siguiente forma:

" 7.º Se entenderá como «condición de trabajo» cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.

d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador".

A la vista de la amplitud de la definición legal transcrita, entre las condiciones de trabajo se incluyen también se incluyen aquellas que dan lugar a la aparición de los riesgos de carácter psicosocial.

Por otra parte, el artículo 16, apartado 2, letras a) y b), de la citada Ley de Prevención de Riesgos Laborales, señala:

"2. Los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del plan de prevención de riesgos, que podrán ser llevados a cabo por fases de forma programada, son la evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva a que se refieren los párrafos siguientes:

LP. - OF ICI O

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL
ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

a) La evaluación será actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y, en todo caso, se someterá a consideración y se revisará, si fuera necesario, con ocasión de los daños para la salud que se hayan producido…

b) Si los resultados de la evaluación prevista en el párrafo a) pusieran de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario realizará aquellas actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar tales riesgos. Dichas actividades serán objeto de planificación por el empresario, incluyendo para cada actividad preventiva el plazo para llevarla a cabo, la designación de responsables y los recursos humanos y materiales necesarios para su ejecución.

El empresario deberá asegurarse de la efectiva ejecución de las actividades preventivas incluidas en la planificación, efectuando para ello un seguimiento continuo de la misma".

En lo que se refiere a la evaluación de riesgos laborales, el artículo 3.1 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (B.O.E. del 31), determina:

"*La evaluación de los riesgos laborales es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse*".

A su vez, el artículo 4.1 del mismo Real Decreto, dispone:

"*1. La evaluación inicial de los riesgos que no hayan podido evitarse deberá extenderse a cada uno de los puestos de trabajo de la empresa en que concurran dichos riesgos.*

Para ello, se tendrán en cuenta:

a) Las condiciones de trabajo existentes o previstas, tal como quedan definidas en el apartado 7 del artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

b) La posibilidad de que el trabajador que lo ocupe o vaya a ocuparlo sea especialmente sensible, por sus características personales o estado biológico conocido, a alguna de dichas condiciones".

Asimismo y en cuanto a la planificación de la actividad preventiva, el artículo 8 del Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, indica:

"*Cuando el resultado de la evaluación pusiera de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario planificará la actividad preventiva que proceda con objeto de eliminar o controlar y reducir dichos riesgos, conforme a un orden de prioridades en función de su magnitud y número de trabajadores expuestos a los mismos.*

En la planificación de esta actividad preventiva se tendrá en cuenta la existencia, en su caso, de disposiciones legales relativas a riesgos específicos, así como los principios de acción preventiva señalados en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales".

I.P. - OFICIO

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

Por último, el artículo 9, del Real Decreto, determina:

"*1. La planificación de la actividad preventiva incluirá, en todo caso, los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.*

2. Igualmente habrán de ser objeto de integración en la planificación de la actividad preventiva las medidas de emergencia y la vigilancia de la salud previstas en los artículos 20 y 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como la información y la formación de los trabajadores en materia preventiva y la coordinación de todos estos aspectos.

3. La actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado, estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico. En el caso de que el período en que se desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades".

Como se ha dicho anteriormente se han constatado los siguientes extremos:

1.- En cuanto a las evaluaciones de riesgos:

- Se identifica un elevado nivel de riesgo –moderado e incluso importante- en materia de riesgos psicosociales en un importante número de Centros de Salud y de Servicios Hospitalarios y Extrahospitalarios,
- Las evaluaciones específicas de riesgos psicosociales llevadas a cabo determinan la existencia de diversos colectivos de profesionales médicos inmersos en situación de *burn out* o síndrome del trabajador quemado, así como, otros colectivos afectados por tales riesgos que podrían entrar en dicha situación.

2.- En cuanto a las planificaciones de la actividad preventiva:

- Aunque el período en que se desarrolla la actividad preventiva en ocasiones es superior a un año, no se establece un programa anual de actividades.
- No incluyen, en todos los casos, el plazo para llevar a cabo cada actividad preventiva, ni los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.

3.- Por otra parte, se ha expuesto también que en numerosos cuestionarios de agresiones externas llevados a cabo como consecuencia de las evaluaciones de riesgos psicosociales que se han realizado, se extrae la conclusión de que hay profesionales que desconocen el procedimiento de actuación en caso de sufrir una agresión externa o interna y el procedimiento de notificación de accidentes, incidentes o agresiones.

Respecto de este último punto el artículo 18.1, letra a), de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10), exige:

I.P. - OFICIO

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

"1. A fin de dar cumplimiento al deber de protección establecido en la presente Ley, el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban todas las informaciones necesarias en relación con:

a) Los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo, tanto aquellos que afecten a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función.

... En las empresas que cuenten con representantes de los trabajadores, la información a que se refiere el presente apartado se facilitará por el empresario a los trabajadores a través de dichos representantes; no obstante, deberá informarse directamente a cada trabajador de los riesgos específicos que afecten a su puesto de trabajo o función y de las medidas de protección y prevención aplicables a dichos riesgos".

A la vista de lo expuesto, se constata que en la mayor parte de los Centros de Salud, Servicios del Ámbito Hospitalario y Servicios de Atención Extrahospitalarios del SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA, existen riesgos de carácter psicosocial moderados y en algunos casos importantes,

Asimismo, se ha valorado que algunos colectivos de profesionales médicos están afectados de *burn out* y otros se encuentran en riesgo de estarlo.

Por otra parte, la planificación de la actividad no establece una programación anual de actividades.

Se ha constatado también que hay profesionales desconocen el procedimiento de actuación en caso de sufrir una agresión externa o interna y el procedimiento de notificación de accidentes, incidentes o a agresiones.

CONSECUENCIAS JURÍDICAS:

Por todo lo anteriormente expuesto el SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA, habrá de:

1.- Realizar todas aquellas actividades de prevención que hicieran necesarias los resultados de las evaluaciones de tal forma que se garantice la seguridad y salud de los trabajadores frente a los riesgos psicosociales, con el alcance y contenido establecidos en la normativa sobre prevención de riesgos laborales.

2.- Realizar el seguimiento de la planificación de la actividad preventiva, con el alcance y contenido establecidos en la normativa de prevención de riesgos laborales. En concreto, la actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado y estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico, y en los casos de que el período en que se desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades. Asimismo, habrán de incluir el plazo para llevar a cabo cada actividad preventiva, ni los

I.P. - OFICIO

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.

3.- Informar a todos los profesionales sanitarios del procedimiento de actuación en caso de sufrir una agresión externa o interna y el procedimiento de notificación de accidentes, incidentes o a agresiones.

PRECEPTOS INFRINGIDOS, TIPIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN:

Los hechos descritos constituyen incumplimiento de lo dispuesto en los siguientes preceptos:

1.- No realizar aquellas actividades de prevención que hicieran necesarias los resultados de las evaluaciones, con el alcance y contenido establecidos en la normativa sobre prevención de riesgos laborales.

- Artículo 16.2, letras a) y b), de la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10).
- Artículos 3.1 y 4.1 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención (B.O.E. del 31).

Dicho incumplimiento constituye infracción en materia de prevención de riesgos laborales conforme al artículo 5, apartado 2, del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (B.O.E. del 8), y dicha infracción se encuentra preceptivamente tipificada y calificada como grave, en el artículo 12.1, letra b), del citado Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.

2.- No realizar el seguimiento de la planificación de la actividad preventiva, con el alcance y contenido establecidos en la normativa de prevención de riesgos laborales.

- Artículo 16.2, letra b), de la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10).
- Artículos 8 y 9 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los servicios de prevención (B.O.E. del 31).

Dicho incumplimiento constituye infracción en materia de prevención de riesgos laborales conforme al artículo 5, apartado 2, del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (B.O.E. del 8), y dicha infracción se encuentra preceptivamente tipificada y calificada como grave, en el artículo 12.6, del citado Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.

3.- El incumplimiento de las obligaciones en materia de información suficiente y adecuada a los trabajadores acerca de los riesgos del puesto de trabajo susceptibles de provocar daños para la seguridad y salud y sobre las medidas preventivas aplicables.

I.P. - OFICIO

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

- Artículo 18.1, letra a), de la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10).

Dicho incumplimiento constituye infracción en materia de prevención de riesgos laborales conforme al artículo 5, apartado 2, del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (B.O.E. del 8), y dicha infracción se encuentra preceptivamente tipificada y calificada como grave, en el artículo 12.8, del citado Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.

Por ello se efectúa propuesta de requerimiento de medidas correctoras a la Administración Pública en materia de seguridad y salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 45 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10), y la disposición Adicional Segunda del Real Decreto 707/2002, de 19 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado (BOE del 31).

Asimismo y de acuerdo con lo establecido en el artículo 45.1 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. del 10), y artículo 4.4 del Real Decreto 707/2002, de 19 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre el procedimiento administrativo especial de actuación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y para la imposición de medidas correctoras de incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Administración General del Estado (B.O.E. del 31), se propone que se proceda a la corrección de la deficiencias observadas, en concreto:

1.- Realizar todas aquellas actividades de prevención que hicieran necesarias los resultados de las evaluaciones de tal forma que se garantice la seguridad y salud de los trabajadores frente a los riesgos psicosociales, con el alcance y contenido establecidos en la normativa sobre prevención de riesgos laborales.

2.- Realizar el seguimiento de la planificación de la actividad preventiva, con el alcance y contenido establecidos en la normativa de prevención de riesgos laborales. En concreto, la actividad preventiva deberá planificarse para un período determinado y estableciendo las fases y prioridades de su desarrollo en función de la magnitud de los riesgos y del número de trabajadores expuestos a los mismos, así como su seguimiento y control periódico, y en los casos de que el período en que se desarrolle la actividad preventiva sea superior a un año, deberá establecerse un programa anual de actividades. Asimismo, habrán de incluir el plazo para llevar a cabo cada actividad preventiva, ni los medios humanos y materiales necesarios, así como la asignación de los recursos económicos precisos para la consecución de los objetivos propuestos.

3.- Informar a todos los profesionales sanitarios del procedimiento de actuación en caso de sufrir una agresión externa o interna y el procedimiento de notificación de accidentes, incidentes o a agresiones.

I.P. - OFICIO

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Código seguro de Verificación : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582 | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm

Plazo: **INMEDIATO/CONTINUO.**

Todo ello en los términos establecidos en la normativa aplicable ya citada.

Frente a la presente propuesta de Requerimiento, se podrá formular alegaciones por la entidad administrativa inspeccionada, **SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA,** y por los representantes de los trabajadores, en el plazo de quince días hábiles desde la notificación de la misma, ello de conformidad con lo establecido en el artículo 5.1 del Real Decreto 707/2002, de 19 de julio ya citado.

EL INSPECTOR DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Fdo.: Carlos Miguel Vivanco Peña

I.P. - OFICIO

MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

ORGANISMO ESTATAL INSPPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

CSV : PTF-752d-6c70-a6bb-6b76-ca92-a441-03df-4582
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : CARLOS MIGUEL VIVANCO PEÑA | FECHA : 09/12/2019 12:51 | Sello de Tiempo: 09/12/2019 12:51

Anexo 3:

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Nafarroako Gobernua
Osasun Departamentua

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

ACUERDO DE 23 DE DICIEMBRE DE 2019 ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y EL SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA, SOBRE MEJORA EN LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL FACULTATIVO

Con fecha de 17 de diciembre de 2019, el Sindicato Médico de Navarra (SMN) y el Departamento de Salud, han alcanzado un acuerdo después de meses de negociaciones. El presente acuerdo busca una mejora en las condiciones laborales del personal facultativo.

A continuación, se recogen las cláusulas del mismo así como los compromisos relativos al complemento de productividad en los Anexos I (Atención Especializada) y Anexo II (Atención Primaria). En el Anexo III se recogen las previsiones relativas a una segunda fase de negociación. El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dictará las correspondientes resoluciones de productividad al respecto.

1º. Aprobación de nuevo módulo de docencia de residentes

Con el fin de fomentar y retribuir la participación en la formación de los médicos internos residentes realizada por los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se establece un módulo de productividad extraordinaria por un importe anual mínimo de 1.000 euros brutos que se abonarán en la nómina del mes de mayo coincidiendo con la finalización del periodo anual de formación de residentes. Si el número de residentes a cargo de un mismo tutor es de 2 la retribución será de 1.200€ y si es de tres o más será de 1.400€.

Tendrán derecho al cobro del módulo de docencia de residentes los profesionales que hayan sido designados como tutores por la Comisión de docencia y hayan tenido al menos un médico interno residente a su cargo.

En el supuesto de que el periodo de tutoría se interrumpa por cualquier causa antes del mes de mayo la retribución del módulo será la parte proporcional a la cantidad fijada.

Las horas que cada tutor deba dedicar a su labor docente serán determinadas por el Plan Docente de cada centro asistencial, así como las condiciones de su desempeño y liberación asistencial en el marco del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Nafarroako Gobernua
Osasun Departamentua

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Módulo Docencia Residentes	Cuantía
1 Residente	1.000 €
2 Residentes	1.200 €
3 o más residentes	1.400 €

2º. Agendas y tiempos de asistencia

2.1. Se establece con carácter general un promedio de 5 horas diarias de programación en agenda de actividad asistencial.

2.2. Con el objetivo de garantizar una adecuada calidad asistencial que permita a los profesionales de Atención Primaria el desarrollo sus funciones, se establecerán los siguientes tiempos de atención en consulta:

-. Se garantizará que a partir del 1 de febrero de 2020 las agendas serán construidas con huecos de 10 minutos para la atención a los pacientes de forma presencial.

-. Se garantizará que a partir del 1 de octubre de 2020 las agendas serán construidas con huecos de 12 minutos para la atención a los pacientes de forma presencial.

-. Se diferenciarán las CNP con contacto telefónico de las CNP dedicadas a la realización de gestiones internas del cupo. Las CNP con contacto telefónico son consideradas actividad asistencial.

3º. Retribución al personal que realice guardias en días especiales

Se considerarán días especiales a efectos de retribución los días 24, 25 y 31 de diciembre, 1, 5 y 6 de enero.

Las guardias de presencia física y las guardias localizadas correspondientes a los días establecidos como "días especiales" percibirán un módulo de productividad variable por un importe igual al correspondiente al de la guardia.

Esta medida afectará exclusivamente al personal que desarrolle su trabajo en los citados días en régimen de guardia y se aplicará también al personal residente.

Esta medida se aplicará a partir del próximo 24 de diciembre de 2019.

4º. Compensación por exceso de TIS

4.1. En el marco de lo establecido en la Estrategia de Atención Primaria de Navarra aprobada por Gobierno de Navarra y tras la reordenación de TIS en cada zona básica de salud, se intentará la contratación de profesionales cuando se produzcan excesos de TIS. Si a pesar de lo señalado se producen excesos de TIS en determinados cupos, se procederá a establecer el siguiente mecanismo de compensación, teniendo siempre en cuenta la opción que más beneficie al profesional:

-. Medicina de Familia: más de 1.500 TIS absolutas o 1.400 reconvertidas. Se abonará 0,5 euros por cada TIS que exceda en las primeras 100, 1€ por cada TIS en exceso de las siguientes 100, 2€ por cada TIS en exceso de las siguientes 100 y 3 euros a partir de ese número.

-. Pediatría: más de 1.000 absolutas o 900 reconvertidas. Se abonará 0,5 euro por cada TIS que exceda en las primeras 100, 1€ por cada TIS en exceso de las siguientes 100, 2€ por cada TIS en exceso de las siguientes 100 y 3 euros a partir de ese número.

4.2. Si fuera preciso se acordará la ampliación de agenda proporcional al incremento de TIS.

4.3. El Departamento de Salud se compromete a iniciar un proceso de estudio y adecuación de la reconversión/estandarización de TIS.

4.4. En el plazo de 12 meses se revisará el desarrollo de este apartado y se valorará la conveniencia de introducir mejoras.

5º. Oferta de Empleo Público y medidas para la estabilización de la plantilla

5.1. Se incluirán en las futuras OPEs el 100% de las plazas en especialidades médicas deficitarias tomando en consideración la evolución de las necesidades y jubilaciones previstas. A estos efectos se entenderá por especialidades médicas deficitarias aquellas con carencia de profesionales para la cobertura de las plazas, siendo el criterio preferente para determinar si existe tal carencia el estado de las listas de contratación de personal.

5.2. Se tramitarán para su consolidación como plazas en la plantilla orgánica las plazas estructurales vacantes que nazcan con previsión de permanencia en el tiempo.

6º. Exención de guardias en mayores de 55 años. Actividad adicional alternativa

6.1. Se aplicará el Acuerdo de 6 de mayo de 2004 sobre el régimen de exención voluntaria de Guardias para mayores de 55 años, y exentos por razones de salud laboral y en situación de embarazo y lactancia, incorporando las siguientes condiciones:

-. La denegación de la exención por necesidades del servicio requerirá un informe previo de la unidad orgánica correspondiente en el que se justifiquen los motivos concurrentes para determinar la denegación y se incluyan posibles alternativas de solución. La Gerencia del centro, con los informes anteriormente citados, dictará resolución motivada. En el plazo de 3 meses desde la Resolución deberá de reevaluarse dicha solicitud.

-. El personal que haya optado por la exención de guardias podrá realizar de forma voluntaria actividad adicional alternativa fuera de su jornada ordinaria, con carácter preferente a otro personal, y siempre que las necesidades asistenciales así lo justifiquen.

-. La Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, estudiará las necesidades de los centros y de acuerdo a ellas establecerá los programas de actividad adicional alternativa, incluso en diferentes centros del de origen, si no existe la necesidad en el propio, para aquel personal exento perteneciente al mismo nivel y cualificación.

6.2. La Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea realizará a la mayor brevedad una encuesta por servicios para definir que profesionales podrían acogerse a la exención y las posibilidades de actividad compensatoria.

6.3. Se elaborará una propuesta sobre la regulación de exención de guardias y la realización de actividad compensatoria antes del próximo 30 de junio de 2020.

7º. Acceso al empleo del personal: pruebas de acceso y contratación de personal

7.1. Se promoverá la utilización de exámenes tipo test al menos en alguna de las fases de la oposición y se revisará la normativa sobre tribunales.

7.2. El departamento de Salud garantizará que, con carácter general, los contratos sean al 100% de la jornada.

7.3. Se garantizará que el tiempo de la contratación temporal en plazas estructurales, que nazcan con previsión de permanencia en el tiempo sea de un año.

7.4. Se ofertará al personal MIR que finaliza su período de formación, en las especialidades en las que hay carencia de profesionales, un contrato de al menos 12 meses de duración,

prorrogables hasta un máximo de 3 años siempre que se acrediten las necesidades asistenciales por parte del Servicio y se respete la situación de los profesionales en la lista de contratación.

8º. Licencias, permisos y excedencias

8.1. Se adoptarán cuantas medidas sean posibles para hacer compatible el ejercicio de las licencias no retribuidas y parcialmente retribuidas, excedencias por cuidado de hijos, u otras, con las necesidades del servicio.

8.2. La denegación por necesidades del servicio de dichas licencias y excedencias requerirá un informe previo de la unidad orgánica correspondiente en el que se justifiquen los motivos concurrentes para determinar la denegación y se incluyan posibles alternativas de solución. La Dirección del centro con los informes anteriormente citados, dictará resolución motivada.

9º. Prevención de riesgos laborales

El Departamento de Salud creará en el plazo máximo de un mes un Comité de Seguimiento de la repercusión de sobrecarga laboral y sus efectos en la salud de los facultativos.

El Comité será informado de las valoraciones tanto individuales como colectivas que el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales vaya realizando, así como de sus resultados.

10º. Coordinador del Programa de Atención Pediátrica

Creación a corto plazo de la figura del Pediatra Coordinador de la Atención Pediátrica en Atención Primaria de la Comunidad Foral de Navarra que dependerá directamente de la Gerencia de Atención Primaria.

11º. Medidas necesarias para mejorar las retribuciones del personal médico del SNS-O

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra se compromete en este documento a establecer las medidas necesarias para mejorar las retribuciones de los médicos del SNS-O, en el marco legal vigente. Se compromete a hacerlo en un plazo máximo de seis meses y por una cuantía que equipare estas retribuciones a las mejores de los facultativos de las Comunidades Autónomas de nuestro entorno.

Para ese fin el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra realizará las gestiones oportunas a nivel foral, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y ante los responsables del Ministerio de Hacienda del Estado.

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Nafarroako Gobernua
Osasun Departamentua

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

12º. Aplicación

Esta propuesta será de aplicación a partir del 1 de enero de 2020.

13º. Revisión del acuerdo

Este acuerdo se revisará transcurridos seis meses de su puesta en marcha.

Pamplona, a 23 de diciembre de 2019.

Carlos Artundo Purroy
Director General de Salud

Aurelia Mena Mur
Sindicato Médico de Navarra (SMN)

Anexo 4: Resolución 602/2004 de 5 de julio sobre el régimen de exención de guardias

BOLETÍN Nº 94 - 6 de agosto de 2004

I. COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

1.3. OTRAS DISPOSICIONES

1.3.5. Estatutos y convenios colectivos

RESOLUCION 602/2004, de 5 de julio, del Director General de Trabajo, del Departamento de Industria y Tecnología, Comercio, y Trabajo, por la que se acuerda el Registro, Depósito y Publicación en el BOLETIN OFICIAL de Navarra del texto del Acuerdo Colectivo de la entidad "Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea" (Expediente número 3/2004-F).

... /...

ACUERDO DE 6 DE MAYO DE 2004, POR EL QUE SE APRUEBA EL PACTO SUSCRITO POR LA ADMINISTRACION SANITARIA CON LAS CENTRALES SINDICALES, SOBRE **REGIMEN DE EXENCION DE GUARDIAS**

La necesidad de que las Instituciones Sanitarias tengan que prestar asistencia sanitaria constante y permanente a los ciudadanos ha determinado el establecimiento de la atención continuada durante aquellas horas del día que superen la jornada ordinaria.

Por ello la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea considera la realización de guardias de presencia física o localizada por parte del mencionado personal un deber inherente a la consideración de la asistencia sanitaria como un servicio público de notoria relevancia que deriva de la necesidad consignada en el primer párrafo anterior. En este sentido establece que el personal que realice guardias de presencia física o localizada percibirá en función de su nivel o grupo de encuadramiento las cantidades que se determinen reglamentariamente.

No obstante lo anterior, el Convenio adoptado para los años 2002-2003, contempla la exención de la obligación de realización de guardias por razones de edad y de salud laboral, en la que incardina expresamente las situaciones de embarazo y maternidad.

En consecuencia y atendiendo a las concretas situaciones que se han venido observando, se propone la siguiente regulación del régimen de exención de realización de guardias, significando que la regulación que se contiene en el presente documento no afecta en ningún caso a la actual planificación y organización de los servicios de guardia.

Primero._Ambito de aplicación.

El contenido del presente documento será de aplicación a todo el personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que realice guardias.

Segundo._Causas de la Exención de Guardias.

2.1. Personal mayor de 55 años que en los últimos diez años haya venido realizando habitualmente guardias a lo largo de un total de cinco años y personal que se encuentre prestando servicios en régimen de reducción de jornada: Podrá autorizarse la exención siempre que las necesidades del servicio no lo impidan, por razones de interés público sanitario.

La edad mínima de 55 años para poder optar a la exención de guardias se irá reduciendo paulatinamente hasta alcanzar la edad mínima de 50 años y con carácter anual se estudiará el límite de la edad de exención de guardias.

2.2. Profesionales que se encuentren en situación de embarazo o lactancia hasta que el menor alcance la edad de un año.

2.3. Por razones de salud laboral: El personal que desee acogerse a esta modalidad deberá someterse con carácter preceptivo a un reconocimiento de salud laboral a realizar por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Tercero._Procedimiento.

3.1. El personal en el que concurra alguna de las causas señaladas en el punto anterior deberá solicitar por escrito a la Dirección del Centro al que esté adscrito la exención de realización de guardias.

3.2. En el supuesto de exención de guardias por razón de embarazo o por encontrarse el solicitante en periodo de lactancia, la exención de guardias se concederá con carácter automático.

3.3. Exención por motivos de salud laboral: La Dirección del Centro estará vinculada en la decisión de concesión por el preceptivo dictamen médico emitido por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

3.4. En el supuesto de la exención de guardias por razón de edad, los escritos se dirigirán al Director del centro durante el último trimestre del año anterior en que deseen acogerse a esta exención, finalizando el plazo el 15 de diciembre. Asimismo, podrá presentar la solicitud en este plazo el personal que no teniendo aún los 55 años, o la edad que estuviera vigente en el momento de efectuar la solicitud, fuera a cumplirlos durante el año siguiente al de la formalización de la misma.

3.5. La Dirección de los centros resolverá la solicitud de autorización de exención de guardias al personal que así lo solicite en un plazo no superior a 3 meses desde la fecha de presentación de la solicitud. En caso de no respuesta en dicho plazo se entenderá la propuesta como aceptada.

En los supuestos de exención por motivos de edad y por reducción de jornada en los que existe la posibilidad de denegar la exención por necesidades del servicio atendiendo a razones de interés público, la Dirección del centro tomará la decisión previo informe de los responsables de las unidades orgánicas correspondientes. En el caso de que dicho informe sea contrario a la autorización de la exención de guardias, las unidades orgánicas correspondientes incluirán en el mismo una propuesta de solución a los motivos que estiman concurrentes para determinar la necesidad de denegación de la exención de guardias. La Dirección del centro con los informes anteriormente citados, dictará resolución motivada previo informe de la Junta Técnico Asistencial. En el plazo de 3 meses desde la Resolución deberá de reevaluarse dicha solicitud.

3.6. Para los supuestos en que se haya concedido la exención de guardias por motivos de edad o reducción de jornada, esta se renovará automáticamente por períodos anuales, salvo que:

_El interesado solicite su inclusión en los turnos de atención continuada. En el supuesto de exención por motivos de edad esta solicitud deberá producirse de conformidad con el procedimiento establecido en el punto 3.4.

_Cuando las necesidades del servicio obliguen a la dirección del centro a revocar la exención de guardias, de conformidad a lo establecido en el punto 3.5.

Cuarto._Posibilidad de la Revocación de la Exención.

Por motivos de urgencia con carácter excepcional y de manera transitoria, podrá revocarse la exención en los supuestos contemplados en el apartado 2.1. por razones de interés público y en orden a la garantía de la correcta prestación continuada de asistencia sanitaria a la población. En el supuesto que el periodo se alargue por mas de dos meses, se actuara de conformidad a lo señalado en el punto 3.5.

Cuando haya que revocar la exención de guardias y existan varios profesionales exentos en la misma unidad orgánica, la revocación seguirá el siguiente orden:

1. De forma voluntaria.

2. Profesionales exentos por razones de edad, comenzando por el de menor edad.

3. Profesionales exentos por encontrarse prestando servicios en régimen de reducción de jornada, comenzando por aquellos que lleven más tiempo en dicha situación de reducción de jornada.

Quinto._Actividad adicional alternativa (Jornada complementaria prevista en la Ley Foral 11/1992).

5.1. La Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, estudiará las necesidades de los centros y de acuerdo a ellas establecerá los programas de actividad adicional alternativa, incluso en diferentes centros del de origen si no existe la necesidad en el propio para aquel personal exento incluido en el punto 5.2. perteneciente al mismo nivel y cualificación.

Dicha actividad en su caso tendrá una duración diaria de 4 horas.

5.2. El personal que haya optado a la exención de guardias por motivos de edad, embarazo o lactancia, podrá realizar de forma voluntaria actividad adicional alternativa fuera de su jornada ordinaria con carácter preferente a otro personal.

5.3. Las cuantías que corresponde abonar por la participación en los programas de actividad adicional alternativa se harán efectivas a través del complemento de productividad variable y con cargo al correspondiente concepto presupuestario, de conformidad con las cuantías establecidas con carácter anual por Resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para cuyo establecimiento se tendrán en cuenta los incrementos que se hayan producido en las retribuciones básicas del personal al servicio de las Administraciones Públicas de Navarra.

Sexto._Entrada en vigor.

La entrada en vigor será el 1 de enero de 2005; pero en función de los servicios y de forma progresiva se comenzara su implementación el 1 de julio de 2004.

Anexo 5: Boletín del Parlamento de Navarra nº 84 de 15 de junio de 2018 con la iniciativa presentada por la actual presidenta del Gobierno Foral.

B.O. del Parlamento de Navarra / IX Legislatura Núm. 84 / 15 de junio de 2018

Serie E:
INTERPELACIONES, MOCIONES Y DECLARACIONES POLÍTICAS

Moción por la que se insta al Gobierno de Navarra a promover que la atención primaria de salud a los niños y niñas en edad pediátrica se realice por médicos especialistas en pediatría, y de manera progresiva por profesionales de enfermería pediátrica

PRESENTADA POR EL G.P. PARTIDO SOCIALISTA DE NAVARRA

En sesión celebrada el día 11 de junio de 2018, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

1.º Admitir a trámite la moción derivada de interpelación por la que se insta al Gobierno de Navarra a promover que la atención primaria de salud a los niños y niñas en edad pediátrica se realice por médicos especialistas en pediatría, y de manera progresiva por profesionales de enfermería pediátrica, presentada por el G.P. Partido Socialista de Navarra.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

3.º Acordar su tramitación ante el próximo Pleno y disponer que el plazo de presentación de enmiendas finalizará a las doce horas del día anterior al del comienzo de la sesión en que haya de debatirse.

Pamplona, 11 de junio de 2018

La Presidenta: Ainhoa Aznárez Igarza

TEXTO DE LA MOCIÓN

María Chivite Navascués, Portavoz del Grupo Parlamentario Partido Socialista de Navarra, al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente moción consecuencia de interpelación, para su debate en el Pleno.

Exposición de motivos

El artículo 12 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS establece que la atención primaria, tanto en el adulto como en la edad pediátrica y adolescencia es el nivel básico e inicial de atención al paciente, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente y resolviendo la mayor parte de los problemas de salud, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia sanitaria se presta a demanda ya sea, programada o urgente y tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

Los principios y valores con los que hemos dotado a la Atención Primaria son accesibilidad, continuidad asistencial, integralidad, alto nivel de formación y desarrollo profesional, cooperación interprofesional y trabajo en equipo. Para ello es preciso implementar urgentemente cambios estratégicos dirigidos a resolver los problemas detectados en el modelo y a encarar los profundos y acelerados cambios sociales, profesionales, demográficos y tecnológicos que están teniendo lugar en Navarra, al igual que ocurre en nuestro país.

La Pediatría en Atención Primaria, en la Comunidad Foral de Navarra, debe dar una respuesta eficaz a aquellas zonas con una alta presión asistencial, con mayores necesidades sanitarias y sociales y alta dispersión geográfica. Además de la obligación de reforzar la atención a estas poblaciones con mayor demanda, se da la circunstancia de que en muchos centros de salud las mayores cargas de trabajo, la organización de los turnos de trabajo o la cobertura de guardias hace que resulte más dificultoso atraer y retener a los profesionales que necesitan.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Socialista presenta la siguiente propuesta de resolución:

El Parlamento de Navarra insta al Gobierno de Navarra a:

1. Promover que la atención primaria de salud a los niños y niñas en edad pediátrica se realice por médicos especialistas en pediatría, y de manera progresiva por profesionales de enfermería pediátrica.

2. Reestructurar las UBA (Unidades Básicas de Atención), compuestas por pediatra y enfermera, atendiendo a criterios de dispersión geográfica y TIS, con el fin de equilibrar las cargas asistenciales, mejorar la calidad y promover la atención por médicos especialistas de pediatría.

3. Establecer, de acuerdo con los sindicatos correspondientes, la creación de una lista especial de contratación de Enfermería Especialista en Pediatría, para cubrir las plazas de Atención Primaria, la cual tendría prioridad de contratación en puestos específicos de pediatría sobre la lista general.

4. Establecer un máximo de 1.000 TIS/Pediatra (considerado límite para garantizar una adecuada seguridad clínica y calidad asistencial; además de no permitir la sobrecarga laboral de estos profesionales). Para los casos excepcionales en que se superen son otras alternativas de reorganización, estudiar la posibilidad de complementos retributivos con acuerdo sindical, relativos a dispersión geográfica y cupos con más de 1000 TIS/profesional teniendo en cuenta también aquellos puestos de trabajo con especial dificultad de cobertura.

5. Tomar las medidas oportunas (contractuales, retributivas, formación), para atraer nuevos Pediatras y retener los existentes.

6. Mejorar la calidad de los contratos temporales con el objeto de favorecer la continuidad de la asistencia y la retención de los profesionales contratados temporales.

7. Tramitar una nueva OPE en 2019 estudiando la ampliación de plazas de pediatría en la actual OPE con el fin de reducir la temporalidad.

8. Fomentar desde el Departamento de Salud, la formación de los profesionales, docencia e investigación en Pediatría en Atención Primaria.

9. Asimilar los criterios de sustitución en Atención Primaria a los establecidos en Atención Especializada.

10. Promover la conciliación familiar de los diferentes profesionales, con la flexibilidad del horario laboral y otras medidas de conciliación.

11. Desarrollar herramientas informáticas específicas, así como Protocolos y Guías de Práctica Clínica actualizados.

12. Desarrollar un Plan sectorial de Atención Pediátrica en Atención Primaria y Urgencias, donde se desarrollarán programas que tendrán en cuenta los nuevos modelos familiares, la diversidad cultural y nuevas realidades sociales.

13. En este plan sectorial atender las especiales necesidades de los niños y niñas enfermos en las escuelas.

14. Solicitar en el próximo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud que se aborde la situación de la falta de profesionales, entre los que se encuentran los especialistas en pediatría, así como las medidas a desarrollar, incluyendo la ampliación de la oferta de MIR en las próximas convocatorias.

Pamplona, a 4 de junio de 2018

La Portavoz: María Chivite Navascués

SMN

CESM

Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA