



La realidad de la retención de los médicos especialistas

Informe del Sindicato Médico de Navarra

INTRODUCCIÓN

El pasado mes de mayo el consejero de Salud del Gobierno de Navarra presentó un plan para fidelizar a los médicos internos residentes que acababan la especialización en Navarra e intentar atraer a otros facultativos que estuviesen en la misma situación en otras comunidades autónomas.

Tres años de contrato y un sueldo de 57.000 euros, la oferta de Salud para retener a los médicos que acaban el MIR

En 2026 alcanzan la edad de jubilación 48 facultativos y Salud ya ha adelantado la contratación de 73 residentes de último año | En el próximo lustro cumplirán 65 años 288 médicos, pero actualmente hay 494 haciendo el MIR

Salud retiene a 73 de los 111 MIR que terminan su formación estos meses

Sube en 2.500 euros el salario bruto (58.166 €) y personaliza las ofertas para intentar adaptar la contratación todo lo posible a la normativa

El plan se basaba en adelantar la oferta de trabajo al mes de febrero, mejorar la retribución, ofrecer contratos de larga duración (3 años renovables) y plazas de difícil cobertura con incentivos aparentemente atractivos.

La prensa de Navarra se hizo eco rápidamente de las declaraciones del consejero aunque de forma diferente. Mientras el Diario de Navarra analizaba el plan y comparaba las propuestas forales con las ofertadas Euskadi (claramente superiores), el Diario de Noticias publicaba información triunfalista y tendenciosa.

El que un médico que acaba de aprobar el MIR decida venir a especializarse en la Comunidad Foral no es, en la mayoría de los casos, una decisión libre.

Cuando un compañero/a aprueba el durísimo examen MIR y se decide por una especialidad, la cursará allá donde quede una plaza disponible y dentro de ellas la que mejor le convenga. Muchas veces puede elegir especialidad, pero no donde hacerla. Al acabar el periodo de la especialización la cosa cambia. Ya es un médico especialista, un profesional muy cualificado y cotizado, así que la decisión de donde va a trabajar como tal sí es libre y decidirá donde hacerlo dependiendo de las condiciones de trabajo que se le oferten. No tiene prisa, sabe que hay trabajo de sobra, sabe esperar y elegir lo mejor.

Analicemos las propuestas que el Departamento de Salud les hace:

Mejora salarial hasta los 57.000€ brutos anuales:

Sueldo Bruto: Como siempre, estas cifras enmascaran la terrible realidad del ejercicio de la medicina en Navarra. En nuestra comunidad los médicos estamos obligados por ley a realizar todas las guardias que sean necesarias llegando a realizar jornadas anuales superiores a las 3.000h, casi el doble que la jornada del resto de funcionarios. Cuando se habla de salario bruto no se refiere al salario de una jornada normal, sino al salario que se percibe en total, a menudo incluyendo un número determinado de guardias que en otras comunidades autónomas no te obligan a realizar o te obligan en menor número. Así pues, el medico en Navarra gana mucho menos por hora trabajada que sus colegas del resto del Estado. Un médico en Euskadi recién terminada la especialidad gana 59.000€ al año trabajando muchas menos horas que un colega de Navarra, ya que, además, su jornada semanal es de 35h y no de 37,5h como en la Comunidad Foral.

Para hacernos una idea del fraude retributivo que sufrimos los médicos al ser obligados a hacer guardias pagadas por debajo del precio de la hora ordinaria, podemos poner como ejemplo la compensación que percibiría una enfermera si tuviese que trabajar, por encima de su jornada ordinaria, las mismas horas que un médico tiene que realizar en forma de guardias por encima de la suya.

Si una enfermera tuviese que “doblar turnos” por 600 horas por encima de sus 1.592h de jornada al año percibiría 1,75 veces el precio de la hora ordinaria si es un día laborable o 2 veces si es un festivo. También le compensarían la turnicidad, nocturnidad y festividad si trabaja a turnos, en noches o festivos. La cifra aproximada que supondrían esas 600 horas de más es de 25.496€.

Para un médico que haga esas 600 horas de guardias al año, pagadas por debajo de la hora ordinaria, sin turnicidad, ni nocturnidad, ni festividad le supondrían unos 18.234€.

¿El mejor sueldo de España a los 20 años de ejercicio?: Es una de las mentiras que le gusta “airear” a la Administración Foral. Existen diferentes y recientes informes, procedentes de entidades independientes, que confirman donde están realmente las retribuciones de un médico en Navarra respecto a sus colegas de otras comunidades.

La diversidad de complementos y las diferentes situaciones contractuales de los facultativos dificultan la elaboración de este tipo de estudios, pero baste mencionar el más reciente en 2025, firmado por la Universidad Pompeu Fabra, nada sospechosa de querer manipular los datos, titulado “ESTUDIO DE LAS RETRIBUCIONES DE DIEZ CATEGORÍAS PROFESIONALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD: UN ANÁLISIS COMPARADO CON LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS” que confirma que, en igualdad de condiciones laborales, un médico en Navarra con 15 años de ejercicio profesional es el PEOR pagado del Estado y que cuando llega a cumplir 30 años de ejercicio profesional se sitúa como el SEGUNDO PEOR pagado del país, solo por detrás de los asturianos que a estas alturas de 2026 ya han conseguido mejorar sus salarios.

Seguir insistiendo en que Navarra paga bien a sus médicos ha dejado de ser grotesco para pasar a ser simple y llanamente ofensivo.

Que un médico en Navarra pueda tener un sueldo elevado no se debe a que su retribución sea generosa, sino a que debe trabajar muchas más horas que sus colegas de otras comunidades.

Nivel de vida foral, IRPF, vivienda: Debemos recordar además que Navarra tiene un elevado nivel de vida, “disfruta” de un régimen fiscal confiscatorio respecto a otras comunidades y que tanto la cesta de la compra como la adquisición de una vivienda se llevan una parte mucho más elevada del sueldo médico que en otras comunidades.

Exclusividad, imposibilidad de traslados, movilidad forzosa, contratos mixtos y plazas de difícil cobertura: Hay otros factores que penalizan exclusivamente el ejercicio de la medicina en Navarra y decimos exclusivamente porque solo en Navarra existen esas penalizaciones. No es solo el tema de la exclusividad, una discriminación que hoy en día solo se sostiene por la ceguera sectaria de algunos grupos políticos y sindicales pero que en nada contribuye a que vengan más médicos a Navarra. No, también se debe a que cuando un médico obtiene plaza en propiedad en cualquier lugar de España (salvo en Navarra) puede trasladar su plaza de un lugar a otro de la geografía según sus necesidades o preferencias personales,

y puede hacerlo desde el primer momento. Aquí en Navarra, si obtienes plaza en propiedad no puedes trasladarla a ningún otro sitio fuera de Navarra y no puedes solicitar una excedencia durante dos años.

No puedes trasladarte tú, pero sí pueden “trasladarte” ellos, la Administración, obligatoriamente durante el tiempo que sea necesario y sin compensación alguna por desplazamiento, a cualquier lugar de Navarra. Tener una plaza en un destino concreto no es garantía de trabajar en él.

Los contratos “mixtos” son contratos en los que un médico debe trabajar unos días en el hospital y otros en el centro de salud o en un hospital comarcal. Esta fórmula, obligatoria, impide desarrollar una continuidad asistencial. Con frecuencia no se respetan en el otro centro los descansos tras las guardias realizadas en uno distinto. No se contempla incluir el tiempo de desplazamiento en la jornada o abonar el kilometraje correspondiente. Suelen ser contratos que se aceptan mientras se busca otro mejor. No son fórmulas definitivas de fidelización como ya se ha demostrado en otras comunidades donde lo han ensayado (incluso con denuncias a Inspección de Trabajo).

Nuestras plazas de difícil cobertura tienen una incentivación muy poco competitiva, entre otros motivos porque los incentivos solo buscan que puedas irte de esa plaza lo antes posible, no buscan fidelizarte y que permanezcas más tiempo ocupándola.

Por ello, pretender que un médico joven venga a un puesto en Navarra, aunque sea en propiedad, sabiendo que está atado a él, pero que pueden mandarlo a cualquier rincón del territorio foral, con ingresos menores que sus colegas, pagando más impuestos y gastando más en vivir, es un empeño inútil.

Contratos de larga duración:

Como se puede comprobar en los datos suministrados por el propio Departamento de Salud los contratos ofertados a los MIRs recién terminados suelen ser contratos temporales de sustitución de vacaciones o de cobertura de reducciones de jornada, es decir, contratos a tiempo parcial o con duración inferior a 4 meses. En escasas ocasiones se les ofrecen contratos indefinidos sobre plazas vacantes que suelen ser plazas poco atractivas y nada incentivadas que hace que los médicos se vayan en cuanto tienen una oportunidad mejor, lo cual no suele demorarse mucho.

Aceptación de contratos:

El que un médico acepte un contrato no indica que se vaya a quedar en él o, incluso, que vaya finalmente a incorporarse. Que un 75% de los candidatos acepten el contrato no dice nada de cuantos empiezan a trabajar en él (muchos aceptan y luego renuncian) o que vayan a cumplirlo en su totalidad. Un grupo numeroso empieza a trabajar, pero en cuanto reciben una oferta mejor renuncian al trabajo y se van.

Lo que realmente da idea del grado de fidelización que esa oferta laboral consigue no es cuantos aceptan o cuantos comienzan a trabajar (datos que el Departamento de Salud ensalza como grandes logros), sino cuantos terminan el contrato y cuantos deciden renovarlo si tienen la opción.

PERCEPCIÓN DE LOS FACULTATIVOS EN EJERCICIO

Hemos querido conocer que opinan nuestras/os compañeras/os sobre la fidelización de los MIRs recién terminados y de forma más concreta su percepción sobre el recambio generacional en Navarra, la atracción de talento médico y otros aspectos relacionados.

Para ello elaboramos y lanzamos una encuesta cuyos resultados mostramos a continuación.

Datos demográficos:

167 respuestas de las que el 70.9% proceden de médicos del ámbito hospitalario especialmente del HUN (64.8% del total), aunque la especialidad con mayor número de contestaciones es la de medicina familiar y comunitaria con predominio de las procedentes de la Gerencia de Pamplona Norte-Este (21.8% del total respuestas).

Preguntas y respuestas:

1º Aproximadamente, ¿a cuantos de los MIR que terminaron en **2026 crees que se les ofreció un contrato?**

El 65,4% de las respuestas fueron “todos o casi todos” o “más del 50%”

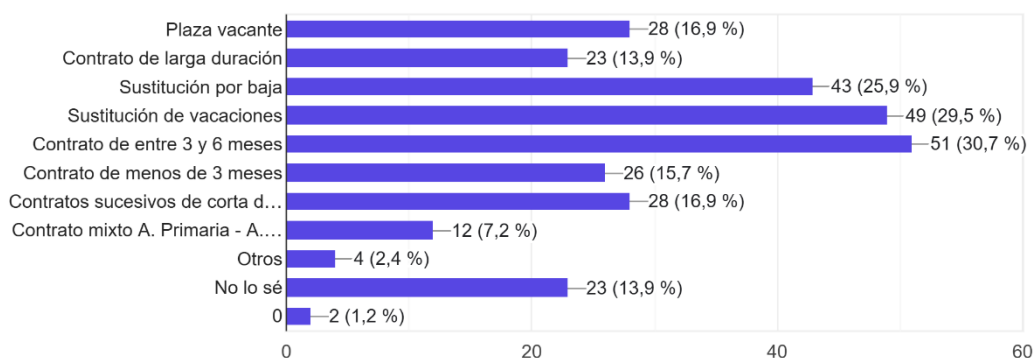
2º De los MIR que recibieron una oferta del SNS-O, ¿**Cuántos crees que la aceptaron** aproximadamente?

El 39,4% respondió “menos del 50%”, el 21,8% respondió “Más del 50%”, el 20,6% respondió “Todos o casi todos”.

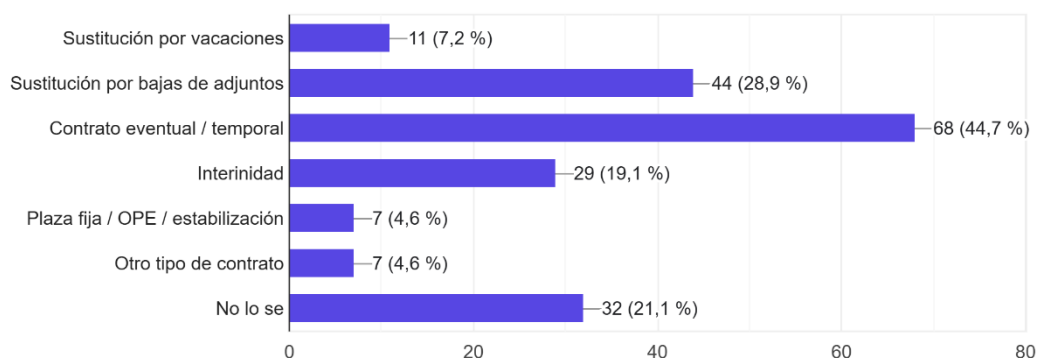
3º Aproximadamente, ¿Cuántos de los MIR que terminaron en 2026 **se ha quedado trabajando en Navarra?**

El 50,6% respondió “Menos del 50%, el 25,9% respondió “más del 50%, el 11,7% respondió “Ninguno”.

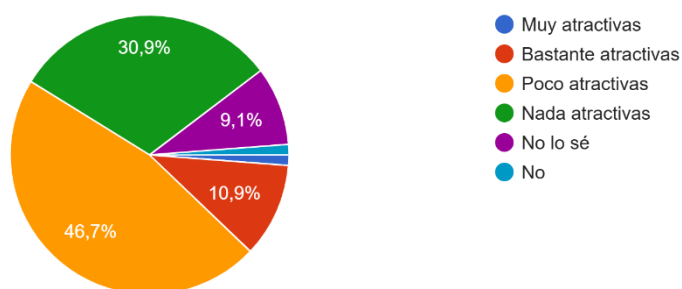
4º ¿Qué tipo de **contratos** consideras que se han ofrecido con mayor frecuencia a los MIR que han terminado tu especialidad?



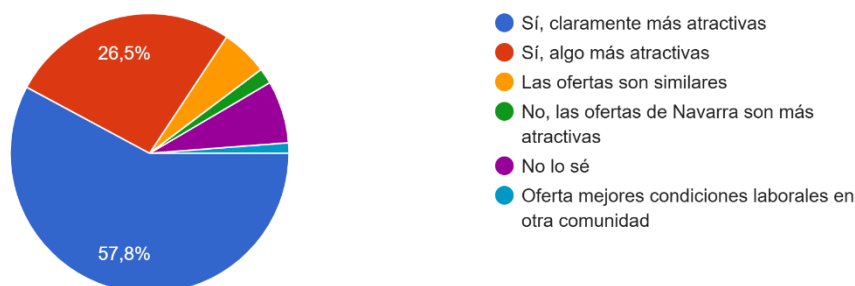
5º ¿Qué **contrato** tienen actualmente los MIR que terminaron en 2025 que continúan en Navarra?



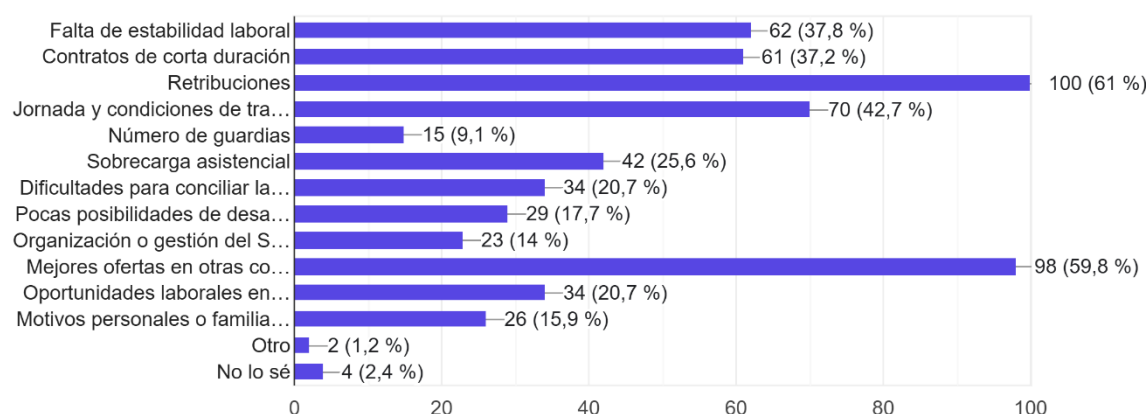
6º En general, ¿**Cómo valorarías las ofertas de trabajo** realizadas por el SNS-O a los MIR que terminan su especialidad?



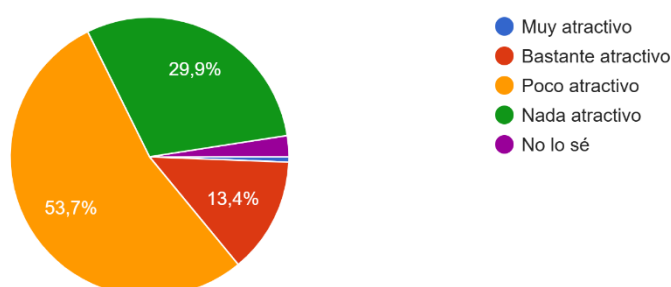
7º Al finalizar el MIR, ¿consideras que los médicos de tu especialidad encuentran **ofertas de trabajo MAS atractivas fuera de Navarra?**



8º ¿Cuáles crees que son los **principales motivos** por los que un médico que termina el MIR puede decidir **NO quedarse a trabajar** en el SNS-O?



9º En términos generales, ¿consideras que actualmente **el SNS-O es un lugar atractivo** para que un médico que termina el MIR desarrolle su carrera profesional?



Observaciones:

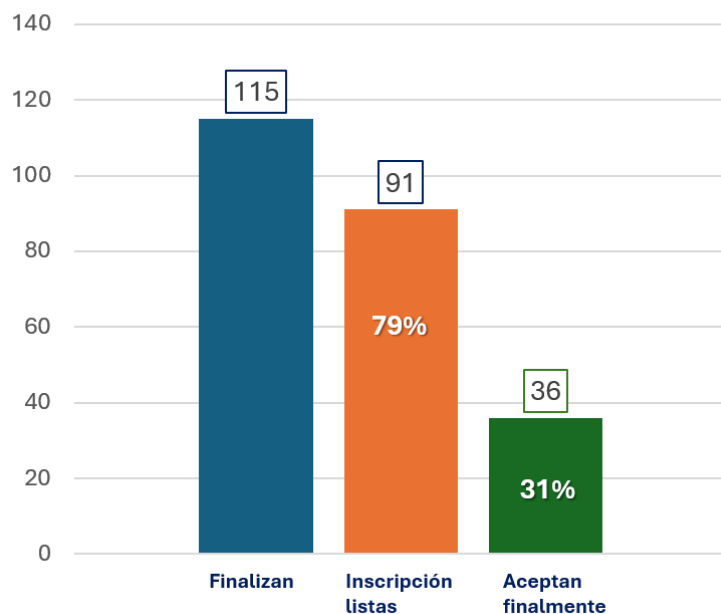
33 respuestas de contenido libre en las que se hicieron aportaciones particulares mayoritariamente referidas a la falta de atractivo general de Navarra, a las mejores condiciones ofertadas en las comunidades limítrofes y propuestas para mejorar las

retribuciones, eliminar la exclusividad, mejorar las posibilidades de super especialización y desarrollo profesional, mejorar los incentivos de las plazas de difícil cobertura, permitir traslado nacional, garantizar contratos largos, transparencia a la hora de ofertar vacantes, reconocer el periodo MIR para carrera profesional, libranza de guardias de viernes y de vísperas de festivos, etc.

DATOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Hemos recibido información real del Departamento de Salud sobre la contratación de los MIRes. Es importante solicitarla una vez finalizado el verano, ya que una cosa es lo que Salud plantea antes de que acaben los MIRes, que básicamente son deseos e intenciones y otra muy distinta lo que realmente ha sucedido al cabo de los meses.

MIR que terminan en Navarra 2026

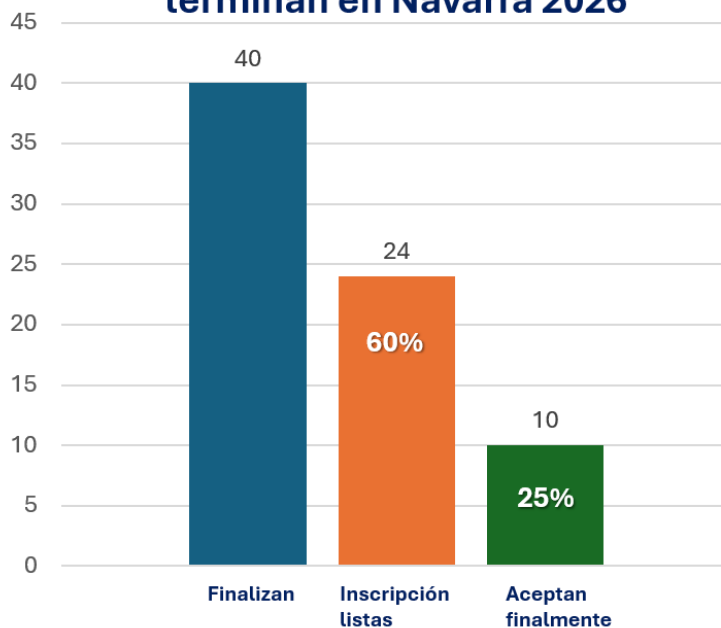


Este año terminaron 115 MIRes en Navarra. Tan solo 91 de ellos (79%) mostraron algún interés por recibir ofertas de trabajo en la Comunidad Foral y se inscribieron. El resto o tenía otros planes o ya tenía ofertas más atractivas de otras comunidades.

De esas 91 compañeras interesadas inicialmente, solo 36 decidieron aceptar finalmente la oferta que se les hizo. Bien porque nada de lo ofertado era atractivo o bien porque mientras tanto buscaron opciones fuera de Navarra y encontraron opciones más apetecibles.

Y cuando solo hablamos de Medicina Familiar y Comunitaria los datos son aun más desfavorables y no creemos que sea necesario comentarlos especialmente.

MIR de Medicina de Familia que terminan en Navarra 2026



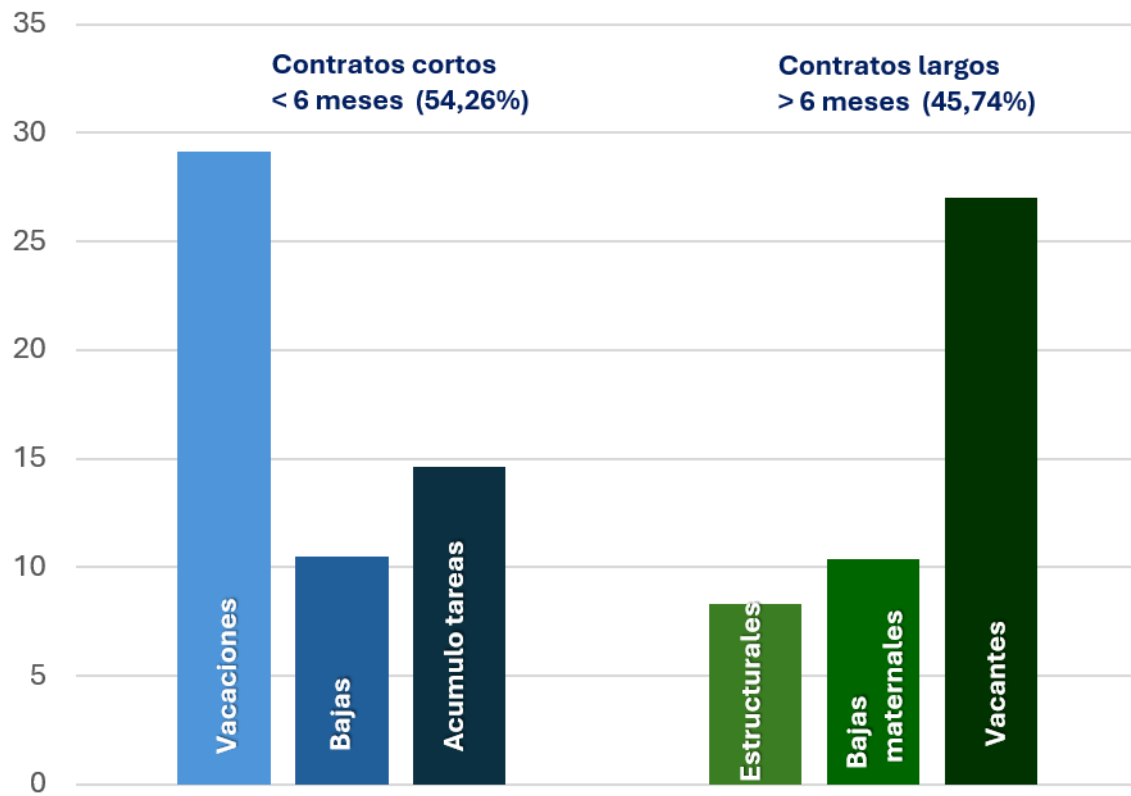
¿Qué ha podido suceder para que facultativos interesados en quedarse en Navarra decidan al final no hacerlo? La respuesta la tenemos en el siguiente gráfico sobre los tipos de contratos que se les han ofrecido. Frente a los 3 años que anunciaba el consejero de Salud, y que actualmente sí ofertan en otras comunidades autónomas, la realidad es que aquí la contratación que ofrecen a nuestros MIRes es de baja calidad.

Es cierto que ocasionalmente se ofrecen contratos de larga duración e incluso interinidades sobre plazas vacantes, pero en la mayor parte de los casos, esos contratos “VIP” son en realidad plazas que nadie quiere por su distancia geográfica, sobrecarga estructural, etc.

Hay una variedad de tipos de contratos ofertados. Los contratos de menos de 6 meses de duración (denominados contratos cortos) son los que se utilizan para cubrir bajas por enfermedad, vacaciones y “acumulo de tareas” (cobertura ante sobrecargas de trabajo puntuales). Estos contratos “cortos” suponen el 54.26% de los que se han ofrecido a los MIRes 2026.

El resto de las ofertas, contratos con una duración de 6 o más meses, se utilizan principalmente para cubrir bajas por maternidad, excedencias voluntarias, plazas estructurales por acúmulo de tareas de mayor duración y plazas vacantes.

% Contratos ofertados a los MIR que terminan en Navarra 2026



Estos últimos, los contratos sobre plazas vacantes, que podrían ser contratos de una duración prolongada, realmente no lo son, ya que normalmente antes de 2 años son ofertados a concurso oposición, con lo que un nuevo propietario desplazará al médico contratado.

¡Y eso si llegan al año! Cuatro compañeros (2 anestelistas, un maxilofacial y un oftalmólogo) renunciaron al contrato sobre la plaza vacante que firmaron en junio nada más terminar el verano.

Tal y como está diseñada la actual estructura de contratación del Servicio Navarro de Salud es imposible ofrecer a un médico un contrato ininterrumpido de 3 años. Aunque claro, una cosa es que sea imposible ofrecerlo y otra muy distinta es decir que se ofrece, aunque sea mentira...

La verdad mata al relato.

Nos hubiera gustado poder hacer un seguimiento a dos años de que sucede con todos estos compañeros/as que han accedido a trabajar en Navarra al terminar la residencia. Conocer entonces cuantos siguen aun en la Comunidad Foral, con qué tipo de contrato, y cuantos se han ido a otras comunidades y cual ha sido el motivo final de su marcha, sería muy importante para evitar la fuga de talento médico.

CONCLUSIONES:

Los médicos internos residentes que terminan su especialización en Navarra, en una gran mayoría, no se quedan a trabajar en ella. Las causas son evitables, son conocidas desde hace muchos años, pero por desidia, falta de visión, sectarismo político o simple incompetencia, no han querido solventarlas.

Las declaraciones triunfalistas de Salud, que luego se demuestran falsas, solo contribuyen a generar un clima de desconfianza hacia la Administración que no ayuda a atraer talento médico a Navarra.

Los principales motivos de rechazo, de estos médicos y facultativos jóvenes, a permanecer en Navarra tras finalizar su especialización son:

Bajas retribuciones

Penosidad añadida con la exclusividad, imposibilidad de trasladarse al resto del Estado, restricciones a las excedencias

Malos contratos, cortos y/o en plazas poco atractivas donde ven peligrar su desarrollo profesional

Trato despótico, información sesgada, ocultación de datos ya desde su periodo de MIR

Apreciación de la realidad del trabajo en Navarra, lo que les espera si se quedan

Competencia de otras comunidades autónomas, que les ofrecen realidades y no falsas promesas.

SOLUCIONES

No parece muy difícil, a la vista de estos resultados, proponer cambios profundos en la política de personal facultativo del Gobierno de Navarra, que mejoren la capacidad de atracción y fidelización del personal médico.

La primera propuesta debe ser por supuesto, **¡cambien ustedes de mentalidad!**

No se empeñen ustedes, gestores sanitarios y políticos de Navarra, esto no es atractivo para los médicos. Seguir manteniendo que la Comunidad Foral es un lugar venturoso para los médicos es, además de un error, una cortina mental que taponan la visión de la realidad e impide avanzar en la implantación de los necesarios cambios.

Mejoren las retribuciones

En Navarra las retribuciones médicas son de las peores del país. Si a eso sumamos el coste de la vida y la elevadísima presión fiscal el resultado es sumamente desincentivante para un médico joven.

No se trata solamente de subir el sueldo base, que también, ya que hay otros conceptos retributivos que ya disfrutaban en otras comunidades y que simplemente hay que copiar, como por ejemplo computar el periodo MIR para la carrera profesional, elevar el complemento de productividad fija, el de destino...

Hay también opciones imaginativas como reducir la penalización fiscal de las guardias, abonar el kilometraje en desplazamientos fuera del lugar habitual del trabajo, facilitar aparcamiento gratuito, donar ayudas para formación médica...

Limiten la sobrecarga

Es imprescindible que definan los límites de la jornada laboral del médico que no tiene porque ser distinta de la de cualquier otro trabajador. Si es necesario que trabaje más, el sobreesfuerzo debe ser retribuido adecuadamente y siempre tiene que protegerse la salud del trabajador. La excusa de que “hay que mantener la atención a toda costa” es un lema esclavista que a estas alturas de la historia no se sostiene.

El médico tiene mucho trabajo además del puramente asistencial. Una jornada de trabajo asistencial no puede ser extenuante ni ocupar toda la jornada laboral. Necesitamos tiempo para estudiar, para sesiones clínicas, para comentar casos con nuestros compañeros, para investigar, para publicar, para formarnos. Y ese

tiempo no puede salir del que debemos a nuestro ocio o a nuestras familias, debe incluirse en la jornada laboral.

Las plantillas médicas deben ajustarse a la realidad de las necesidades. No es aceptable que cualquier baja deba ser cubierta por compañeros ya de por sí sobrecargados. Los pacientes no se lo merecen.

Despenalicen el ejercicio médico

Eliminen la exclusividad, mejoren las condiciones de conciliación, liberalicen las excedencias, abonen el prorrateo de guardias en cualquier caso de baja, faciliten los traslados al resto del Estado, garanticen contratos prolongados con jornada al 100%...

Sean realistas con la incentivación de plazas de difícil cobertura

No han acertado con la definición ni con la incentivación de las plazas de difícil cobertura. El objetivo es que esas plazas sean atractivas, que un médico que acceda a una de ellas dude mucho antes de abandonarla.

Para ello hay que mejorar retribuciones, facilitar alojamiento, flexibilizar horarios, facilitar colegio si hay hijos y trabajo para la pareja si existe, premiar en carrera profesional y en baremos, permitir el intercambio con centros de referencia para fomentar la investigación y la super especialización.

Debemos permitir que se vaya de vacaciones sin que sus pacientes deban ser atendidos por un médico compañero exhausto o que cuando él vuelva de vacaciones tenga a los pacientes de su cupo haciendo cola en la puerta de la consulta desesperados por la falta de atención.

Hay que compensarle el uso de su vehículo, reducir las guardias mal pagadas lejos del hogar, premiar el desempeño, el control de derivaciones, su capacidad de resolución, los buenos resultados de salud de su cupo...

Devuelvan el liderazgo a quien le corresponde, ¡al médico!

El médico no es un trabajador más del equipo sanitario. Es el profesional con la mayor cualificación, el que toma las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento, el que asume la responsabilidad de estas. Su participación decisoria en los puestos de gobierno es imprescindible y sus peculiares condiciones de trabajo y su responsabilidad merecen un trato diferencial que debe negociarse exclusivamente con él y una capacidad de decisión sobre el equipo sanitario que ahora mismo no

tiene. Se le exigen unos resultados que no dependen solamente de él y no se le permite gestionar los recursos (materiales y humanos) que condicionan esos resultados.

Comisión Ejecutiva del SMN

