



PROPUESTAS DEL COMITÉ DE HUELGA DEL SINDICATO MÉDICO DE NAVARRA

Barañain, marzo-julio de 2025.



INDICE:

Página 3.....	PROPUESTA PARA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EXCLUSIVIDAD
Página 5.....	PROPUESTA SOBRE BAREMO UNICO Y AUTOBAREMACIÓN EN LOS PROCESOS SELECTIVOS DE FACULTATIVOS
Página 7.....	PROPUESTA SOBRE ABONO DEL PRORRATEO DE GUARDIAS EN TODOS LOS CASOS DE IT
Página 9.....	PROPUESTA SOBRE INCLUSION DE LOS AÑOS DE MIR EN EL COMPUTO DE CARRERA PROFESIONAL DE LOS FACULTATIVOS
Página 13.....	PROPUESTA DE CÓMPUTO Y COMPENSACIÓN DEL EXCESO HORARIO PARA FACULTATIVOS
Página 17.....	PROPUESTA DE DEFINICIÓN E INCENTIVACIÓN DE LAS PLAZAS DE DIFICIL COBERTURA
Página 21.....	PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DE LAS AGENDAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA REDUCCIÓN DE SOBRECARGA

PROPUESTA PARA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EXCLUSIVIDAD:

Carta por registro a Función Pública del 26/03/25:

Dentro de las reuniones que estamos manteniendo el Comité de Huelga del Sindicato Médico de Navarra con el Departamento de Salud está la negociación de diversos temas y entre ellos el de la Exclusividad.

Eliminar la Exclusividad en Navarra es un objetivo irrenunciable del SMN, ya que supone una penalización inexplicable para los facultativos del SNS-O y para la llegada de nuevos profesionales médicos a la Comunidad Foral, especialmente en algunas especialidades (radiología, ginecología, dermatología, etc) que tienen en el ejercicio privado una forma de desarrollo profesional muy importante. Su mantenimiento genera además comportamientos laborales muy perjudiciales para el SNS-O como, por ejemplo: facultativos que trabajan en comunidades vecinas que acuden a Navarra para abrir sus consultas privadas en vez de venir a trabajar con nosotros. Compañeros/as que reducen su jornada laboral para disminuir la penalización por renuncia a la exclusiva, con lo que perdemos capital médico en el trabajo ordinario, capital que no puede reemplazarse con contratación a tiempo parcial.

Entendemos, no obstante, que el marco político actual es poco favorable para esta reivindicación y así se lo manifestamos al Dr. Alfredo Martínez. Por ello creemos que puede reducirse la penalización por renuncia al régimen exclusivo de trabajo sin modificar la normativa, de momento, así se puede llegar a una mejora para los profesionales sin un coste excesivo.

La LEY FORAL 11/1992, DE 20 DE OCTUBRE, REGULADORA DEL RÉGIMEN ESPECÍFICO DEL PERSONAL ADSCRITO AL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA en su artículo 10.6. estipula que "Los empleados a los que se les asigne un complemento específico igual o superior al 30 por 100 tendrán prohibido el ejercicio profesional, fuera del Centro o unidad de destino, del título exigido para acceder a su respectivo puesto".

Sin embargo, a los facultativos que renuncian al trabajo en régimen de exclusividad se les reduce el complemento específico hasta un 16,4%, es decir, inferior al que percibe un celador (20.35%) o un conductor (20.72%). Esta mayor penalización que sufre el médico coloca su salario fijo sin exclusividad por debajo del de una enfermera cuando su preparación, responsabilidad y resolutivez son indudablemente superiores.

Nuestra propuesta es que a los médicos que soliciten el trabajo en régimen de no exclusividad se les reduzca el complemento específico al 29,99% (no al actual

16,4%). La aplicación de esta propuesta se puede llevar a cabo mediante una instrucción, no modificando así la Ley 11/92 y no eliminando el concepto de exclusividad. Sugerimos así aminorar la penalización, facilitando tanto el atractivo al empleo médico en Navarra como aliviando el porcentaje de reducción de jornada actual de algunos facultativos ganando jornada efectiva de trabajo médico en el SNS-O.

Hay temas que consideramos de alta prioridad para el colectivo facultativo, como son el cómputo y compensación del exceso de jornada, la inclusión del periodo MIR en la Carrera Profesional, la limitación efectiva de agendas de consultas en AP y hospitales, la definición e incentivación adecuada de las plazas de difícil cobertura y la mejora retributiva, especialmente en las fases iniciales del ejercicio profesional. La reducción de la penalización por ejercicio profesional en régimen de no exclusividad se incluye entre ellos y creemos que nuestra propuesta es razonable. El Dr. Martínez nos comentó que la trasladaría a Función Pública. Sirva este correo como explicación adicional.

Estamos abiertos a mantener reuniones multilaterales con Salud y Función Pública para avanzar en todos los temas que competen los distintos departamentos.

NO SE HA ENTRADO A DISCUTIR

PROPUESTA SOBRE BAREMO UNICO Y AUTOBAREMACIÓN EN LOS PROCESOS SELECTIVOS DE FACULTATIVOS

Introducción:

La formación continua del médico es un deber deontológico que no afecta a otros colectivos de trabajadores sanitarios de igual manera.

La oferta de formación, específica, de alto nivel y adecuada a los objetivos asistenciales que marca el empleador pocas veces se financia desde las instituciones públicas y debe ser el propio profesional el que busque, privadamente o a su propia costa, los medios necesarios para adquirir esa imprescindible formación.

Teniendo en cuenta lo previo, dificultar aún más la formación médica, o lo que es peor, despreciarla a efectos de promoción profesional y/o excelencia en el desempeño, es un error. Esto lo pagan los pacientes por empobrecimiento de la oferta asistencial y reducción de la calidad y del acceso a nuevas técnicas y tratamientos. Al revés, estamos en la obligación de facilitarlos.

Hay que facilitar la evaluación de estos méritos, de forma que los procedimientos de provisión de puestos de trabajo sean ágiles.

Objetivo:

Los méritos derivados de las actividades de dirección-gestión, de formación, investigación y desarrollo técnico deben incluirse y valorarse en cualquier procedimiento de provisión de puestos de trabajo de facultativo y deben tener un peso sustancial en la puntuación final.

Propuesta:

Para facilitar la presentación de los méritos debiera implantarse:

- a. Un sistema de autobaremación único que permita al facultativo ir incorporando los méritos que vaya generando durante su ejercicio profesional de forma abierta y permanente.
- b. El baremo debe ser único para cualquier convocatoria de provisión de puestos de trabajo de facultativo. También estable en el tiempo, de modo que todo el personal lo conozca y pueda orientar su obtención.

Admitiendo que la formación exigida por la Administración y proporcionada por ella para la consecución de determinados objetivos estratégicos, podría tener un peso mayor que aquella elegida por el profesional a título personal.

- c. La comprobación del baremo y su validación se realizaría de forma ocasional o solo tras la inscripción del interesado a un proceso selectivo.
- d. Se debería dar opción a cualquier facultativo que sustituya la puntuación del autobaremo validado, por la puntuación conseguida a través de carrera profesional.

NO SE HA ENTRADO A DISCUTIR

PROPUESTA SOBRE ABONO DEL PRORRATEO DE GUARDIAS EN TODOS LOS CASOS DE IT

Introducción:

Las guardias (jornada complementaria) son obligatorias, y su retribución es una parte muy sustancial del salario de los facultativos, aunque a efectos retributivos se consideran como retribuciones complementarias según la Ley 11/1992.

En situación de baja y también según la misma Ley en su artículo 18 solo se percibirán las siguientes retribuciones:

- Sueldo base.
- Premio de antigüedad.
- Complemento de destino.
- Complemento específico.
- Complemento de capitación.
- Complemento compensatorio.

El prorrateo de las guardias realizadas durante los 6 meses anteriores solo se abona en casos IT por: accidente laboral, enfermedad profesional o riesgo por el embarazo (previa sentencia); Está pendiente de sentencias judiciales otras situaciones como la lactancia, maternidad y paternidad.

El prorrateo de guardias también se abona durante los periodos vacacionales en los que no se han realizado (artículo 17 de la Ley 11/1992).

Objetivo:

Que los facultativos/as en situación de IT de cualquier tipo no vean mermadas sus retribuciones fijas y se les abone, durante el tiempo que dure la baja, el salario correspondiente a la media de las guardias realizadas durante los 12 meses anteriores al inicio de la baja.

Propuesta:

Modificación del artículo 18 de la LEY FORAL 11/1992, DE 20 DE OCTUBRE, REGULADORA DEL RÉGIMEN ESPECÍFICO DEL PERSONAL ADSCRITO AL SERVICIO

NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA para ampliar su aplicación a todos los casos de IT de cualquier tipo y adicionar el siguiente concepto retributivo:

“El promedio de lo percibido en los 12 meses anteriores, al comienzo de la situación de baja, por guardias de presencia física y localizadas”.

Valorar del mismo modo incluir las retribuciones por pases de visita en sábados, domingos y festivos dentro de las retribuciones complementarias de la Ley 11/92, ya que es una actividad asistencial obligatoria.

NO SE HA ENTRADO A DISCUTIR

PROPUESTA SOBRE INCLUSION DE LOS AÑOS DE MIR EN EL COMPUTO DE CARRERA PROFESIONAL DE LOS FACULTATIVOS

Introducción:

El objetivo de esta medida es mejorar las retribuciones de los facultativos durante los primeros años de ejercicio profesional para ser competitivos y atraer y retener talento médico en nuestra Comunidad.

Como se comprueba en todos los estudios retributivos que se han realizado recientemente (el del SNS-O de octubre de 2019, estudios del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada y el estudio REMENA de la UPNA de finales de 2023), los facultativos funcionarios del Gobierno de Navarra tienen unas retribuciones menores que sus homólogos de otras comunidades, especialmente en los primeros años de ejercicio profesional.

Todos los estudios tienen varios problemas de base, salvo el análisis del Sindicato Médico de Granada. Los otros dos estudios tienen la limitación de contabilizar solo las retribuciones que figuran en los boletines oficiales, sin tener en cuenta las que se otorgan a través de acuerdos y convenios que no figuran en el boletín correspondientes. Son partidas apreciables que no se computan en los comparativos.

Además, en algunos estudios (SNS-O y REMENA) se consignan partidas por “cargas familiares” en las retribuciones forales que no se tienen en cuenta en los demás facultativos, lo que supone una sobreestimación de las retribuciones de la Comunidad Foral.

Además, los tres estudios dejan al margen el concepto de la exclusividad. Comparan retribuciones entre facultativos que tienen distintas penalizaciones, no comparan los salarios en igualdad de condiciones laborales por lo que, de nuevo, sobrestiman el salario de los facultativos forales.

En todo caso la “anormalidad contable” tiene un punto común que es que en los primeros años de ejercicio profesional en Navarra, (que es el momento en el que se debería captar y fidelizar al personal sanitario), los facultativos reciben unos salarios claramente inferiores a los de sus homólogos en otras comunidades. Esto nos hace competir en desventaja en la captación de los escasos profesionales que todavía deciden su destino laboral sin ataduras personales o con estas en segundo plano de consideración.

Otro aspecto importante, y este ya con relación al resto de colectivos de trabajadores sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra, es el del inicio del cómputo de carrera profesional desde el primer contrato de trabajo.

Mientras que en el caso del resto de los trabajadores la carrera profesional comienza a contar desde el primer contrato que firman, en el caso de los facultativos no se empieza a computar hasta que no terminan el periodo de formación MIR. Por tanto, se inicia el cómputo 4 o 5 años después de haber firmado un contrato laboral y empezado a trabajar.

Esta discriminación hace que un médico empiece a cobrar el complemento de carrera profesional con 34 o 35 años, mientras que una enfermera lo hace desde los 27 o 28 años y un celador podría hacerlo desde los 23 o 24 años. El resto de los trabajadores, por el sencillez hecho de su menor exigencia formativa, profesional, preparación y responsabilidad, reciben antes esa retribución (que precisamente premia estos conceptos) que los facultativos con mayor exigencia, preparación y responsabilidad. ¡Una incongruencia inexplicable!

Y lo peor es que esa diferencia salarial se va a mantener y acumular durante toda la vida profesional.

Objetivo:

Se basa en esta incongruencia la reivindicación de que los facultativos, como el resto del personal sanitario, empiecen su cómputo de carrera profesional desde el primer contrato como facultativo (en formación en este caso).

Propuesta:

Incluir el periodo de formación MIR en la carrera profesional de todos los facultativos.

Se considerarán:

- Puntuación necesaria por años de permanencia: Los servicios prestados como facultativo, desde el primer contrato firmado como FSE (Formación Sanitaria Especializada).
- Puntuación por baremo y determinación de objetivos: El baremo valorará separadamente, de una parte, la actividad asistencial y, de otra, las actividades de dirección-gestión, de formación, investigación y desarrollo técnico.

- Respecto a la determinación de objetivos por actividad asistencial, se entiende cumplida, por cuanto durante la residencia se evalúa el desempeño del residente por parte de sus tutores y jefatura de estudios, no siendo posible avanzar de año si no se han satisfecho unos mínimos. Si el facultativo en formación ha superado la evaluación anual se entiende que ha cumplido con los objetivos formativos/asistenciales.
- Respecto a las actividades de dirección-gestión, de formación, investigación y desarrollo técnico se realizará una baremación basada en el artículo 3º de la Orden Foral 60/2015, de 19 de mayo, de la Consejera de salud, por la que se Aprueban las normas de gestión de Las listas de aspirantes a la Contratación temporal en los Centros y establecimientos de los Organismos autónomos adscritos al Departamento de salud.

Otras consideraciones:

El tiempo de servicios a computar a efectos de carrera corresponderá al grupo profesional de la categoría para la cual se solicita el reconocimiento de nivel.

El tiempo de formación en centros privados acreditados tendrá la misma consideración que el efectuado en instituciones públicas, al igual que se tiene en cuenta a efectos de antigüedad y grado.

Homologación y periodo transitorio:

Este nuevo cómputo del tiempo trabajado a los efectos de obtener la carrera profesional se hará con el calendario transitorio siguiente:

1º- En el año 2025, se incluirá en el nivel que corresponda de carrera profesional a todos los facultativos que se encuentren en periodo de formación MIR y con relación a la antigüedad laboral.

2º- En el 2026 se incluirá el periodo de desempeño del MIR a todos los facultativos que se encuentren en el nivel I y II de carrera profesional. Puesto que el periodo de permanencia y los méritos asistenciales obran en poder del SNS-O, deberán solo aportar los méritos de las actividades de dirección-gestión, de formación, investigación y desarrollo técnico conforme al baremo predefinido para el periodo MIR y al definido por el Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la ley foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del SNS-O, para los

méritos de desempeño durante el periodo de facultativo especialista. Aquellos que reúnan las condiciones necesarias promocionarán al siguiente nivel de carrera profesional.

3º- En el 2027 se incluirá el periodo de desempeño del MIR a todos los facultativos que se encuentren en el nivel III y IV de carrera profesional. Puesto que el periodo de permanencia y los méritos asistenciales obran en poder del SNS-O, deberán solo aportar los méritos de las actividades de dirección-gestión, de formación, investigación y desarrollo técnico conforme al baremo predefinido para el periodo MIR y al definido por el Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la ley foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del SNS-O, para los méritos de desempeño durante el periodo de facultativo especialista. Aquellos que reúnan las condiciones necesarias promocionarán al siguiente nivel de carrera profesional.

NO SE HA ENTRADO A DISCUTIR

PROPUESTA DE CÓMPUTO Y COMPENSACIÓN DEL EXCESO HORARIO PARA FACULTATIVOS

El exceso horario (EH) en el trabajo es una situación inaceptable que debe evitarse y prevenirse. Por ello su contabilidad no puede hacerse en periodos prolongados (mayores de 1 mes, ya que podría suceder que, antes de ser conocido el facultativo de que se está produciendo un EH y, por lo tanto, a tiempo de implantar medidas para corregirlo, ya se habría producido un EH difícil de compensar.

El cómputo debe ser sencillo, fácil de entender y aplicar y debe realizarse de forma automática, de modo que cada facultativo pueda conocer en cada momento la evolución de su EH para aplicar medidas de corrección y compensación.

Jornada Ordinaria:

Para el cómputo de la jornada ordinaria anual trabajada se tomarán las 1.592h, independientemente del tipo de turno que realice el facultativo e incluirá el periodo de descanso obligatorio tras las guardias.

En los trabajos con turnicidad, nocturnidad o festividad la minoración de las horas se realiza precisamente para compensar esa penosidad. Por ello a efectos de exceso horario y para facilitar el cálculo no se volverán a descontar las horas ya descontadas por motivo de cada turno específico.

A esa jornada total anual y a efectos del cálculo de EH se descontarán del periodo anual los días de vacaciones, festivos nacionales y locales y canosos, dejando un periodo anual laboral, en semanas, sobre el que se realizarán los cálculos del EH.

Ese descuento será personal, ya que los festivos dependen de la edad de cada facultativo y de la localidad donde se encuentre su puesto de trabajo. Contabilizar los canosos de forma personal es una fórmula para reducir el tiempo asistencial excesivo (aunque sea de forma testimonial) a los más mayores, tal y como sucede en otros ámbitos como la educación.

Jornada complementaria:

Esta denominación debe ser abolida, ya que no refleja la naturaleza del trabajo realizado por un facultativo. Ideado para soslayar la denominación de “hora extraordinaria” y poder añadir horas de trabajo fuera de jornada. Dado además que ya no solo las “guardias/jornada complementaria” son trabajo obligatorio por

encima de la jornada ordinaria deberíamos buscar una denominación PROVISIONAL del tipo de “jornada adicional obligatoria” que englobe toda la actividad obligatoria fuera de la jornada ordinaria.

Es posible que el futuro Estatuto Marco elimine el concepto de jornada complementaria (que no se contempla en la legislación europea) y desde luego regule de forma más estricta el EH médico. Vendría bien anticipar la fórmula.

Dentro de este cómputo se incluiría todo el trabajo obligatorio al margen de la jornada ordinaria (guardias presenciales, contenido asistencial de las localizadas, prolongaciones, pases de visita, transporte neonatal, trasplantes y explantes y cobertura de turnos de trabajo vacantes por falta de personal de la causa que sea).

La contabilidad de este trabajo sería personal, como personal es la variedad de tareas que se nos encomiendan. En nuestra opinión deberían incluirse tres excepciones:

1º- Incluir la contabilidad del tiempo de trabajo en domicilio (teletrabajo con fichado y resultados) que no se pueda realizar dentro de la jornada ordinaria, que sea autorizada por la jefatura y dirección correspondiente PARA TODO UN SERVICIO/SECCIÓN/CENTRO DE SALUD O UNIDAD (en casos de mengua importante de plantilla y no de forma individual, para evitar premiar un desempeño poco eficiente).

2º- Excluir la “compra” de jornada adicional obligatoria por interés personal.

Es decir que si un facultativo DESEA hacer más trabajo por encima del obligatorio que le corresponda en el reparto equitativo de tareas no se compute a efectos de EH, se convierta en una “peonada voluntaria”.

Esto último nos parece importante, pero de difícil cuantificación, salvo que los jefes de servicio y directores de CS puedan “acceder e intervenir” en una plantilla de EH de su servicio para discernir que trabajo realizado ha sido obligatorio y cual voluntario.

3º- Excepción de las guardias localizadas: Independientemente del trabajo asistencial y/o presencial durante las guardias localizadas que realice un determinado trabajador, no podrán realizarse más de 8 guardias localizadas al mes (a efectos de EH ya hemos mencionado que computará el trabajo asistencial durante ellas). A partir de ese número empezarán a computar como EH a razón de 50% del tiempo de guardia localizada.

Estar de guardia localizada es penoso. Aunque no se compute como un trabajo efectivo en toda su duración, la limitación de la vida personal, ocio y conciliación son evidentes. Hay que limitarlas de una u otra forma o, al menos, compensar su exceso.

Cómputo del exceso horario:

Debe realizarse la contabilidad por semanas. Decidir si el cómputo debe ser mensual o mayor debe ser meditado por lo que comentamos más arriba (cuanto más largo es el cómputo mayor el riesgo de caer en EH).

Debe computarse sobre las semanas laborables, no sobre todas las semanas del año y debe realizarse una contabilidad continua.

1º- No puede superar las 48h semanales contando la jornada ordinaria y la jornada adicional obligatoria (no más de 475-500 horas año con relación a cada mes)

2º- a las que se podrían añadir 150h (procede del Estatuto Marco) de trabajo por encima de EH voluntarias, por necesidades de servicio extraordinarias y justificadas, con una consideración de hora extra y retribuidas al precio de 1,75 de la hora de jornada correspondiente a ese trabajo (guardia, pase de visita, prolongación, cobertura de turno de trabajo ordinario, nocturno, etc.).

3º- por encima de ese máximo de EH (unas 625-650h/año con relación a cada mes) no se puede trabajar más, debiendo realizarse contratación o, en caso de no ser posible, asignar el trabajo a aquellos facultativos del servicio que, no habiendo superado el EH accedan voluntariamente a realizarlo y a los que ese trabajo contará como obligatorio a efectos de cómputo y compensación de EH.

4º- En aquellas circunstancias en las que el equipo de trabajo haya llegado al límite de EH admitido se pasará a ofertar una fórmula de INDEMNIZACIÓN. Los facultativos que voluntariamente y por escrito, acepten superar el EH establecido podrán continuar realizando aquel trabajo que resulte imprescindible para una adecuada prestación asistencial en forma de “paquetes de horas anuales de trabajo sobre jornada” que serán retribuidos, independientemente del tipo de trabajo que se realice (guardias, pases...) según la siguiente escala:

- A. Primer paquete de 100h a 2 veces la hora ordinaria de ese trabajador.
- B. Segundo paquete de 100h a 2,5 veces la hora ordinaria de ese trabajador.
- C. Tercer y último paquete de 100h a 3 veces la hora ordinaria de ese trabajador.

No se puede trabajar, bajo ningún concepto, por encima de las 925-950h/año con relación a cada mes.

5º- En los casos de reducción de jornada se aplicará, mes a mes, la norma en proporción al porcentaje de reducción.

SE HA ENTRADO A DISCUTIR, pero las posturas están muy alejadas en el cómputo de jornada y su exceso y no hay voluntad manifestada por la Administración de incentivar/indemnizar el trabajo realizado por encima de la jornada máxima. Al final la excusa es siempre la misma: “los pacientes hay que atenderlos...”, lo cual les permite estirar nuestra jornada de forma indefinida y sin compensación alguna.

Acabaremos en tribunales....

PROPUESTA DE DEFINICIÓN E INCENTIVACIÓN DE LAS PLAZAS DE DIFÍCIL COBERTURA

Introducción:

Según el acuerdo del Ministerio de Sanidad, la definición de un puesto de difícil cobertura tiene un carácter excepcional, debe realizarse una evaluación de la situación que motiva la difícil cobertura y aplicar las medidas de corrección oportunas para evitar su cronicidad.

Son plazas que no se pueden cubrir en el procedimiento ordinario en oferta de empleo temporal (plaza que este ofertada y no cubierta más de 6 meses).

Aunque el Ministerio define estas plazas para Atención Primaria, consideramos que algunas plazas hospitalarias por su especialidad y necesidad actual, deben también considerarse de difícil cobertura.

Criterios para la identificación de los puestos de difícil cobertura:

Para anticiparse a la identificación de un puesto de difícil cobertura deben cumplirse según el Ministerio, al menos, tres de los siguientes criterios, para plazas de Atención Primaria:

- **Distancia o tiempo de desplazamiento** desde el centro de salud al centro hospitalario de referencia mayor de 70 km o 40 minutos. Considerar los accesos adversos, aunque no se cumpla la distancia.

. Considerando la peculiaridad de la Comunidad Foral, en que la mayor parte de los profesionales viven en Pamplona, consideramos que sería un criterio mejor valorar la distancia del centro a cubrir desde la capital.

- **Distancia media semanal recorrida** desde el centro de salud a los consultorios que lo integran superior a 100 km o 5 horas/semana.
- **Turno de tarde.**
- **Atención continuada.** Más de 4 guardias al mes.
- **Número medio de pacientes** superior a 35/día.
- **Densidad de población** menor que la densidad media de las poblaciones menores de 5.000 habitantes.
- **Índice de envejecimiento** superior al último dato disponible anual de la media de la Comunidad Autónoma.

- **Precio medio alquiler de vivienda** de superficie media superior al promedio de la Comunidad Autónoma o Provincia.
- **Sobrecarga estacional.** Población desplazada >25% de la población asignada.
- **Vacantes en la categoría:** >25%.

Para las plazas hospitalarias habría que considerar además aquellas que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- **Falta de aspirantes** a la contratación en cualquiera de las listas.
- Que conlleve la realización de trabajo en **turno de tarde.**
- **Atención continuada.** Más de 4 guardias al mes.

Incentivos económicos y no económicos para atraer y retener profesionales:

- **Complemento retributivo específico periódico:** 15.000 euros al año en 14 pagas, requiriendo una permanencia en el puesto de tres meses, como mínimo y revisable a los tres años.

(en otras comunidades ya se ha acordado y publicado en decretos una bonificación de 10.000 euros al año, nuestra Comunidad por el gravamen fiscal y la carestía de la vida, precisa para equipararse, esta bonificación).

- **Facilitar el acceso o proporcionar ayuda económica para el desplazamiento o la vivienda.** Gastos de desplazamiento cubiertos, pago del kilometraje del domicilio al centro de trabajo.
- **Flexibilidad horaria:** tiempo para desplazamiento dentro del horario laboral, o acumulo de trabajo en mañana-tarde o si hay reducción de jornada, garantía de acumularla en días completos.
- **Contratos estables:** mínimo un año de contrato y prolongable 3 años.
- **Si se permanece más de un año:** posibilidad de acceso a oferta de otras interinidades de la bolsa de empleo temporal.
- **Desarrollo profesional:**

. el tiempo de trabajado en estos puestos deberá puntuar un 25% más para la **Carrera profesional**, para reducir los años que se precisan para alcanzar el siguiente nivel, por cada dos años de permanencia en un puesto de difícil cobertura. Esta medida sería aplicable una sola vez por nivel de carrera.

. mejorar la baremación del **tiempo trabajado** en estos puestos que puntúe un 25% más.

- **A partir de la 4ª guardia** un 10% más acumulable progresivamente, al precio de la hora de guardia.
- **Limitación de la carga de trabajo** (TIS igual que el resto de plazas de su categoría, nunca mayor):

. incentivar las TIS de la plaza: aumentar la retribución en un 20% por cada 100 TISes por encima de 1300.

- **Garantizar formación continuada**, en centro de referencia, online, etc.
- **Reconocimiento**: participación en proyectos piloto o de investigación.
- **Personal cercano a jubilarse**, que viva cerca y con reducción de la carga laboral: ofertar jornada reducida en el puesto con compromiso de permanencia de 1-2 años.

Acciones de fidelización:

- Eliminar el requisito de euskera de todas las plazas de difícil cobertura
- Mantener acceso y baremación continua y permanente, a las bolsas de empleo.
- Ofertar las plazas a los MIR que terminan, 3 meses antes de finalizar su formación, pendientes de confirmar su apto. Posibilidad de finalizar su formación en dicha plaza, con supervisión y con un complemento que iguale su sueldo al de adjunto.
- Por parte de los ayuntamientos de las localidades afectas, facilitar el acceso a la vivienda al profesional (subvenciones, ofertas hoteleras, pisos compartidos, etc).
- Posibilidad de ofertar mejoras de empleo si se lleva en la plaza más de un año.

Medidas Complementarias:

- Si no se consigue cubrir la plaza:

. pago del acúmulo de trabajo al resto de facultativos que lo estén realizando, mediante productividad variable.

- Facilitar a la pareja acceso al trabajo en la misma localidad o cercana, para conciliación familiar.

Adaptado del Documento del Ministerio de Sanidad de 21 de marzo de 2023: “ACUERDO DE LA COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR EL QUE SE DETERMINAN LOS CRITERIOS MÍNIMOS PARA IDENTIFICAR DE LOS PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS INCENTIVOS (ECONÓMICOS Y NO ECONÓMICOS) PARA LA ATRACCIÓN Y RETENCIÓN EN DICHS PUESTOS.”

[Acuerdo_Puestos_Dificil_Cobertura_AP.pdf](#)

Hay que definir un Grupo de Trabajo/Mesa de seguimiento bilateral administración/SMN para revisión bianual de las plazas y demás acuerdos.

NO SOLO NO SE HA ENTRADO A DISCUTIR, sino que la Administración ha publicado **su resolución sobre plazas de difícil cobertura**, sin aceptar aportaciones importantes del SMN, quedando el texto final muy lejos, no solo de nuestras reivindicaciones, sino también de lo regulado desde hace años en otras comunidades autónomas. Como ha sucedido con otros temas el objetivo de final, que es hacer más atractiva Navarra para la llegada de facultativos y conseguir cubrir y ampliar plantillas, no se conseguirá...de momento.

Estamos elaborando un documento comparativo con las ventajas en plazas de difícil cobertura en otras comunidades, que próximamente os comunicaremos.

PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN DE LAS AGENDAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA REDUCCIÓN DE SOBRECARGA

1. DESURGENCIALIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE

- **LIMITACIÓN-CONTROL DE ACTOS FORZADOS**
 - **DEFINICIÓN DE ESTOS EN UN DOCUMENTO TÉCNICO**
 - **DEFINICIÓN DE MÁXIMOS ACTOS FORZADOS POR JORNADA**
 - **CONTROL INFORMÁTICO DE ACTOS FORZADOS:** permitir la visualización clara en la agenda.
 - **Triage clínico previo pero decisión final por facultativo**

- **GESTIÓN DE CDI**
 - **Que solo puedan ser citadas por la enfermera de la UBA,** priorizando los pacientes más urgentes.
 - Eliminar la arbitrariedad de que sean para “la primera persona de la cola”. **Es prioritario proteger las CDI** de la demanda injustificada. Deben ser la puerta de entrada (disponible) para quien más lo necesite. Proponemos además que se distribuyan a lo largo del tiempo asistencial (también al final de agenda).

- **GESTIÓN DE URGENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD**

Habitualmente, en Navarra, el médico de Atención Primaria (MAP) debe interrumpir el desarrollo de su agenda y los actos asistenciales en curso cuando deba atender dichas urgencias de manera no demorable.

- Valorar reestructurar el funcionamiento de las urgencias
 - El médico que tiene una agenda citada no puede asumir las urgencias sin desatender su agenda.
 - Citar las urgencias
 - **O bien en una UBA con dedicación exclusiva a ello,** como ya se realiza, con buen resultado, en algunos centros.

- **O bien creación de urgencias menores extrahospitalarias en horario paralelo a consultas de atención primaria**
- **CREACIÓN DE CIRCUITOS ADECUADOS DE CITACION:** estandarizar como realizar toda citación de carácter forzado, urgente o CDI.

- **TRIAJE SANITARIO**
 - **En citación de**
 - **CDI**
 - **FORZADOS**
 - **URGENCIAS**

 - **CREACIÓN DE INSTRUCCIÓN COMUN PARA TRASLADAR A TODOS LOS TRABAJADORES LOS CIRCUITOS DE CITACION Y DEFINICIÓN DE CADA ACTO:** siendo la misma en contenido y en notificación para todos los profesionales que atienden en el Centro de Salud. Que **tanto administrativos como sanitarios** sepamos qué se puede citar ahí y que no, que todos trabajemos bajo las mismas directrices indicadas desde la Administración eliminando así los enfrentamientos por disconformidad de opiniones entre estamentos.

2. CONTROL DE AGENDA:

- **CREACIÓN DE HUECOS EN LA AGENDA CON POSIBILIDAD ÚNICA DE AUTOCITACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO:** En pacientes que precisan un control estrecho, como patología susceptible de ser mantenida en domicilio y evitar la derivación hospitalaria (controles de insuficiencia cardiaca, neumonías...)

3. REVISAR LOS MECANISMOS INFORMÁTICOS

- **PONIENDO LÍMITES A LAS CITACIONES:** evitar que cualquier trabajador del Centro de Salud pueda forzar sin límite lo que quiera en cualquier agenda

- **REVISAR LA CORRELACIÓN ENTRE LA HISTORIA HOSPITALARIA Y ATENEA:** existe un problema inherente al sistema informático de Osasunbidea, que debe ser revisado y mejorado.

4. RESPETAR EL ACUERDO RELATIVO A MÁXIMOS DE CITACIÓN EN AGENDA: máximo de 32 actos, pero **SIEMPRE SUPEDITADO** a los 300 minutos asistenciales. Actualmente no tiene demasiado sentido centrarse en los 32 huecos de agenda dado que cada vez se tiende a ir aumentando el número de consultas presenciales (12 min) respecto a no presenciales (8 min). **Insistimos en que el tiempo asistencial es de 5 h reales (300 min).**

Insistimos en que, además de las CDI, es prioritario proteger el tiempo posterior para gestión de cupo y el resto de tareas IMPRESCINDIBLES.

ES INVIABLE mantener la asistencia de control de prescripciones, informes, comunicación de UBA y equipo, implementación de la estrategia de salud comunitaria y formación SI LA AGENDA PERSISTE URGENCIALIZADA como ahora.

Lo mínimo sería contar con hora y media para todo lo referido (el descanso del almuerzo o café no está incluido en este tiempo). Se debe respetar SIEMPRE.

5. SUPRESION O ADECUADA DELIMITACIÓN Y DESIGNACIÓN DE CONSULTAS NO PRESENCIALES (CSP)

Nunca pueden ser para actos que precisan contacto con el paciente

1. Elaboración y emisión de informes
2. Analíticas y resultados de pruebas
3. Control de ILT (Incapacidad Laboral Temporal)
4. Renovación de medicación

6. REPARTO DE CUPOS

Reevaluación de la estandarización. Su propuesta actual es aumentar el límite superior del tamaño de los cupos. Nuestra propuesta va en sentido contrario, siguiendo directrices de las Sociedades científicas

7. REFLEJAR LOS ACTOS ASISTENCIALES EN LA AGENDA

Algunos actos asistenciales no quedan reflejados en la agenda. Incluir en la instrucción sobre citación que todo acto debe tener su propio espacio dentro de la agenda (la firma de ILT emitidas por enfermería, las recetas) y debe ser citado en la agenda del médico a la que se le asigna.

8. SI LO DICHO ANTERIORMENTE NO SE HACE Y PERSISTE EL DESCONTROL DE LA AGENDA, HABRÍA QUE:

PROPORCIONAR MEDIOS DE GESTIÓN DE AGENDA NO CUMPLIMENTADA POR ASISTENCIA DE ACTOS FORZADOS (incluidas urgencias vitales):

1. ¿Se está asumiendo que los profesionales médicos deben alargar su jornada cada vez que ocurra esto para terminar todos los actos citados en la agenda?
 - a. Si es así, ¿cómo se va a medir esa prolongación de jornada?
 - b. Si es así, tras medirla, debe compensarse o bien con descansos o bien con compensación económica además de computando tales horas a efectos de jubilación.
2. En caso contrario:
 - a. Definir qué acciones se deben tomar para gestionar adecuadamente estos actos
 - b. Quien debe realizar dichas gestiones
 - c. Dónde recitarlo

9. OTROS TEMAS TRATADOS

- **REDUCCIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL DE FORMA PROGRESIVA CON LA EDAD** (igual que Educación) A PARTIR DE LOS 55 AÑOS, ASÍ COMO LA CONCESIÓN DE LA EXENCIÓN DE LAS GUARDIAS.
- Nueva Instrucción de Productividad Variable
- Nueva Instrucción para el reparto de guardias y Productividad variable
- Organización de la actividad asistencial durante Sanfermines en AP.
- Mandato desde el Departamento de Salud para la implementación de la citación Web para pacientes.
- ETC...ETC



La mayor parte del trabajo negociador se ha centrado en estos problemas, pero siempre nos encontramos con el mismo problema, la Administración insiste en la accesibilidad a la asistencia, quedando la sobrecarga del facultativo en un segundo plano.

SE TIENEN QUE ELABORAR instrucciones claras y comunes para administrativos, enfermería y facultativos, para evitar interpretar las normas según criterio personal.

TENEMOS QUE CONSEGUIR pautas claras de pacientes forzados y limitación en las cargas laborales para que nuestro trabajo se dirija a quien lo necesita realmente.

Seguimos...

