



CARRERA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS

El viaje en busca de mejores condiciones laborales: de Asturias o Cantabria a Valencia o Baleares

Texto: Lara Robles Recio

Los médicos de toda España trabajan igual, se enfrentan al mismo volumen de trabajo y con la misma dedicación. Entonces, ¿por qué los de algunas comunidades autónomas llegan en 20 años al nivel más alto de la carrera profesional, con el consiguiente reconocimiento de méritos y retribuciones, mientras que a los de otras se les exigen 25 años para lo mismo? ¿Por qué en Andalucía y Cantabria los facultativos pueden bajar de nivel y en el resto de comunidades no existe la reversibilidad? ¿Por qué las retribuciones máximas varían entre 5.200 y 12.000 euros y las mínimas entre 3.300 y 1.300? Esta situación de obvia desigualdad se deriva de que cada modelo lo pactan las administraciones autonómicas con sus profesionales y el resultado, muchas veces, depende las buenas o malas relaciones que ambos mantengan. Las consecuencias empiezan a dejarse notar, los médicos se van a comunidades como Baleares, Cataluña o Valencia, donde hay mejores condiciones y mayor reconocimiento, y dejan vacías otras como Cantabria y Asturias.

En el año 1990, el sindicato de médicos y enfermeras Cemsatse movilizó a trabajadores de toda la Sanidad pública española para reivindicar, entre otras cosas, que se reconociera el esfuerzo, la responsabilidad adquirida y la dedicación de estos profesionales con una incentivación adecuada, que para ellos pasaba por una mejora de las retribuciones y la puesta en marcha de una carrera profesional sanitaria. El Insalud no pudo acallar los gritos y quejas de médicos y enfermeras y empezó a tomar medidas para valorar hasta dónde llegaba la insatisfacción de estos trabajadores. Realizó entre ellos una encuesta que puso de manifiesto que ocho de cada diez valoraban positivamente el concepto de carrera profesional asistencial. No sólo los aspectos retributivos que ésta incluye, sino también, y de forma muy acusada, que se favoreciera la promoción y se premiasen los esfuerzos de investigación y formación que venían realizando médicos y enfermeras por pura vocación y sin obtener a cambio más que, si acaso, palmaditas en la espalda y sueldos cada vez más irrisorios.

Un año después, el sindicato médico CESM defendía ante los representantes del Ministerio de Sanidad el modelo de carrera profesional elaborado por Navarra y elegido entre propuestas procedentes de toda España como el que mejor incorporaba los intereses de los médicos con el objetivo último de recuperar y alimentar su enflaquecida motivación. Poco después, el Ministerio de Sanidad presentó un proyecto sólo para los trabajadores de la Sanidad pública en el que existían de forma paralela dos carreras, una técnico asistencial y otra administrativa y de gestión, y para acceder a la segunda, cuyos puestos no eran ni vitalicios ni consolidables, había que haber llegado a un determinado nivel en la primera. Incluía cuatro escalafones y definía los requisitos necesarios para avanzar de uno a otro, que iban desde el concurso oposición a la evaluación del aspirante por parte de una comisión técnica. El objetivo era que se convirtiera en un "mecanismo determinante para las remuneraciones, el acceso a la formación y a la investigación, la cobertura de puestos orga-

Modelos de carrera aprobados

CC AA	Fecha aprobación	Ámbito de aplicación	Reversibilidad	Evaluación	Años necesarios para el acceso a cada nivel	Retribuciones por nivel	Características
Andalucía	16 de mayo 2006	Estatutarios fijos	Reversible	Sistema de acreditación de competencias y baremo de méritos. Comisión de valoración de la CP presidida por el gerente de área	I - 5 II - 5 (10 años) III - 5 (15 años) IV - 5 (20 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Universal Voluntaria Progresiva Permanente
Baleares	Junio 2006	Estatutarios. Incluye interinos en supuestos concretos	Irreversible	Comisiones de evaluación	I - 5 II - 5 (10 años) III - 5 (15 años) IV - 5 (20 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Voluntaria Universal Anual Progresiva
Canarias	Dic 2001 Ene 2003	Personal fijo	Irreversible	Comisiones de evaluación	I - 5 II - 5 (10 años) III - 6 (16 años) IV - 7 (23 años)	I - 3.005 II - 4.808 III - 6.611 IV - 7.813	Voluntaria Universal Progresiva Anual
Cataluña	29 de octubre 2002	Estatutarios fijos. En supuestos concretos también interinos	Irreversible	Comisiones de evaluación	I - 5 II - 6 (11 años) III - 7 (18 años) IV - 7 (25 años)	I - 3.300 II - 6.300 III - 9.300 IV - 12.300	Voluntaria Universal Anual Progresiva
Cantabria	Julio 2006	Personal estatutario fijo, diplomados y licenciados	Reversible	Comités de Evaluación en Gerencias de AP y Especializada. Compuestos por 7 miembros. (Presidente: gerente del área o centro. Vicepresidente: director médico. Más 5 vocales)	I - 5 II - 5 (10 años) III - 5 (15 años) IV - 7 (22 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Voluntaria Universal. Obliga a exclusividad para acceso a grados III y IV
Castilla y León	Julio 2006	Sanitarios Estatutarios fijos de gestión y de sanidad	Irreversible	Comisión central de evaluación (representantes de la Administración, colegios, sociedades científicas, comités de instituciones sanitarias y sindicatos)	I - 5 II - 5 (10 años) III - 6 (16 años) IV - 7 (23 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Voluntaria Progresiva Anual Universal
Castilla-La Mancha	14 de Junio 2006	Personal fijo	Irreversible	Comités de Evaluación de Gerencias / Comité de evaluación central	I - 5 II - 5 (10 años) III - 6 (16 años) IV - 7 (23 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Voluntaria Progresiva Universal
C. Valenciana	Dic 2005	Licenciados y diplomados fijos adscritos a la Consejería de Sanidad	Irreversible	Cada Dpto. de Salud tiene una comisión. Además se crearon la Comisión de Seguimiento de la CP, y la subcomisión para desarrollo y evaluación de la CP	I - 5 II - 5 (10 años) III - 6 (16 años) IV - 6 (22 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Voluntaria Transparente Reconocimiento de servicios previos Sistema objetivo de valoración
Extremadura	Octubre 2005	Personal estatutario fijo	Irreversible	Comisión de Evaluación regional	I - 5 II - 7 (12 años) III - 8 (20 años) IV - 5 (25 años)	I - 1.300 II - 2.600 III - 3.900 IV - 5.200	Voluntaria Autoevaluable Universal Progresiva
Galicia	13 de Junio 2005	Personal fijo	Irreversible	Comisión técnica de evaluación: igual nº miembros designados por Admón que por sindicatos mesa sectorial. Preside representante RRHH Sergas	I - 5 II - 7 (12 años) III - 6 (18 años) IV - 5 (23 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Universal Voluntaria Progresiva Anual
La Rioja	Julio 2006	Personal estatutario fijo	Reversible (sólo en el 4 nivel, que se evalúa cada periodos concretos)	Una sola Comisión técnica de evaluación con representación profesional, de sindicatos y de la Administración	I - 5 II - 6 (11 años) III - 6 (17 años) IV - 6 (23 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 9.000 IV - 12.000	Universal Voluntaria Progresiva
Navarra	1999	Personal con plaza fija adscrito al SNS-Osasunbidea	Irreversible	Comisiones de Evaluación específicas de AP/ A. Especializada / Salud Mental (paritarias 8 miembros 4 representantes de la Administración y 4 del personal)	I - 5 II - 7 (12 años) III - 8 (20 años) IV - 5 (25 años)	I - 2.752 II - 5.504 III - 8.256 IV - 11.008	Universal Voluntaria Gradual
País Vasco	2005	Personal fijo.	Irreversible	Comité de evaluación de cada organización de servicios. Con dtor. médico, dtor. de personal, representantes del Consejo Técnico, de los trabajadores. Dos profesionales igual que el evaluado, uno del centro y otro de fuera	I - 5 II - 7 (12 años) III - 8 (20 años) IV - 5 (25 años)	I - 3.000 II - 6.000 III - 8.000 IV - 11.000	Anual Voluntaria Universal



Condiciones de carrera profesional iguales para todas las CC AA

LOPS, Art. 38:

- a) El reconocimiento se articulará en **cuatro grados**. Las Administraciones sanitarias, no obstante, podrán establecer un grado inicial, previo a los anteriormente indicados.
- b) La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la **evaluación** favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica definidas en el artículo 10 de esta Ley.
- c) Para obtener el primer grado, será necesario acreditar **cinco años** de ejercicio profesional. La evaluación para acceder a los grados superiores podrá solicitarse transcurridos, como mínimo, cinco años desde la precedente evaluación positiva. En caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde ésta.
- d) La evaluación se llevará a cabo por un **comité específico** creado en cada centro o institución. El comité estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del servicio o unidad de pertenencia del profesional evaluado, así como de evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.
- e) Los profesionales tendrán derecho a hacer **constar públicamente** el grado de desarrollo profesional que tengan reconocido.
- f) **Dentro de cada servicio de salud**, estos criterios generales del sistema de desarrollo profesional, y su repercusión en la carrera, se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos.

ESTATUTO MARCO:

- 1) Las **Comunidades Autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes**, establecerán, para el personal estatutario de sus servicios de salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de sus servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.
- 2) La carrera profesional supondrá el **derecho de los profesionales a progresar**, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

nizativos y la participación en decisiones de política sanitaria para los niveles superiores. El proyecto no cuajó y en 1995 volvieron las movilizaciones por todo el país.

Lo que dicta la Ley

Después de unos años convulsos y tras haberse aprobado ya la carrera profesional de forma independiente en Navarra (1999), en Canarias (2001) y en Cataluña (2002), aparece por primera vez recogida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 41 determina que “la carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar de manera individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios”. Además, establecía que el Estatuto Marco debía contener la normativa básica aplicable a todo el personal del Sistema Nacional de Salud, que sería desarrollada por los Servicios Autonómicos de Salud.

Posteriormente, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias sostiene que las Administraciones Sanitarias autonómicas regularán para sus propios centros y establecimientos el reconocimiento del desarrollo profesional, pero siempre dentro de unos principios generales. Finalmente, la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, establece los criterios universales de la carrera para todos los profesionales estatutarios de los distintos servicios de salud.

Error de base: condiciones desiguales

Vistas las condiciones que después de todo este periplo histórico y legal quedan establecidas para el desarrollo de la carrera profesional, se puede decir que nos encontramos con el primer gran error de base, que inevitablemente será fuente de desigualdades entre las condiciones laborales de unos y otros trabajadores de las distintas comunidades autónomas. El hecho de que las características, retribuciones y duración total de la carrera dependan de lo que negocie cada sindicato con la administración autonómica correspondiente, y dependa por tanto de las buenas o malas relaciones que ambos hayan mantenido a lo largo del tiempo, y de situaciones concretas y subjetivas, está claro que es un problema.

El que era director general de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad en 1991, **Luis Herrero**, que fue el encargado de presentar el primer proyecto oficial de carrera profesional, hizo ya entonces hincapié en la necesidad de establecer una “carrera profesional homogénea entre los 17 Servicios Regionales de Salud que forman el Servicio Nacional”. Antes de llevar a cabo el traspaso de las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas que aún no las tenían en 2002, las diferencias ya eran notables. Según un estudio que CESM hizo público en 1995, los médicos adjuntos de los hospitales del Insa-lud cobraban un sueldo fijo bruto anual de entre 800 y 6.000 euros menos que sus colegas de las comunidades autónomas con las competencias transferidas.

Hoy, un médico que trabaja en Andalucía o Baleares puede alcanzar el nivel más alto de carrera en 20 años, mientras que los que trabajan en comunidades como País Vasco, Cataluña, Extremadura o Navarra necesitan cinco años más, 25, para llegar al mismo punto. Las retribuciones mínimas fluctúan entre los 1.300 euros de Extremadura, los 2.752 de Navarra y los 3.000 de la mayoría de las comunidades; en el último nivel de carrera, un médico de Extremadura cobra 5.200 euros y uno de Canarias 7.813 euros, mientras que si trabajaran en el resto de CC AA cobrarían 12.000 euros.

En la actualidad ya están surgiendo los primeros problemas derivados de esta situación. El sindicato de Cantabria se queja de que la Consejería no ha contado con ellos en absoluto, pero allí “históricamente nunca hemos estado en las negociaciones, porque hubo una afrenta de la consejera a los profesionales y la última vez que se reunió con nosotros fue hace tres años”, explica el delegado de CESM, **Francisco Javier Santiuste**. En cambio, en Baleares, la relación entre sindicatos y Administración es estupenda y el sindicato destaca que “el papel de la consejera no ha sido sólo positivo, sino determinante”.

Lo más grave de todo es que esta situación está empezando a provocar fugas de profesionales de unas comunidades a otras donde están mejor considerados y mejor retribuidos. “Ya está pasando que los médicos se mueven a las comunidades donde hay condiciones más aceptables”, explica el vicesecretario de CESM en Canarias, **Levy Cabrera**, que apunta que “existen diferencias graves y no es coherente; los conceptos básicos como el sueldo base deberían ser iguales para todos, aunque luego se negocien cosas como incentivos”. El representante del sindicato en Asturias, **José Luis Sánchez Barbero** apunta que “un elevado porcentaje de nuestros médicos se marcha a otras comunidades donde tienen otras compensaciones, lo que significa que la calidad de la asistencia se deteriora. Las miras de la Administración son muy cortas en este sentido”. Desde Cantabria, el secretario general autonómico de CESM denuncia: “Vivimos el desastre de que la Ley de Cohesión no tiene ninguna validez. Los médicos se van y aquí no viene 'ni el tato', sólo nombramientos políticos, pero para tirar del carro ¿quién va a venir en estas condiciones?”.

Desigualdades necesarias, según los gestores

Los gestores de las comunidades autónomas, en cambio, tienen una opinión bien distinta al respecto porque consideran que cada uno debe tener libertad para poner en marcha el proyecto como mejor considere. La directora de Recursos Humanos del Servicio Gallego de Salud, **Ana Comesaña**, entiende que “hoy por hoy los médicos vean que hay desigualdades”, sin embargo sostiene que la carrera, además de una motivación para los facultativos,

En el último nivel de carrera, un médico de Extremadura cobra 5.200 euros y uno de Canarias 7.813 euros, mientras que en el resto de CC AA cobrarían 12.000 euros.

también es “un instrumento para que la organización consiga sus objetivos de calidad; por tanto, cada Administración debe hacerlo a su manera, con sus políticas, según sus necesidades propias y diferentes a las de los otros, y utilizando su capacidad de gestión”. Además, explica que “existen unos criterios básicos iguales para todos los modelos de carrera”, e indica que la movilidad por el país de los médicos está asegurada porque “los representantes de todas las comunidades autónomas acordamos el pasado mes de abril de este año 2006 los criterios de homologación de la carrera en todo el territorio”.

Por su parte, la directora general de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud, **Carmen Aguirre**, asegura que “desde nuestra experiencia es mejor que cada Consejería negocie con sus profesionales porque cada comunidad tiene unas condiciones concretas”. Además, los principios de homologación “vienen a garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de carrera y la libre circulación en el conjunto del SNS, dejando a las CC AA potestad para definir sus modelos”. Sin embargo reconoce que el Consejo Interterritorial debe establecer criterios generales de actuación “para lograr la coordinación sanitaria que dé solución a problemas que se están generando en el sector”.

Los interinos también quieren carrera

En la mayoría de las comunidades autónomas sólo tienen acceso a la carrera los estatutarios o el personal fijo con plaza en propiedad. En cambio, los interinos, que trabajan codo con codo con sus compañeros haciendo el mismo trabajo no tienen este derecho. Cataluña y Baleares han sido las primeras en llevar la contraria a lo establecido en el Consejo Interterritorial para cambiar esta situación. La excusa que muchas administraciones autonómicas argumentaban a los profesionales era que se trataba de una imposición común para todo el territorio, pero ahora se ha abierto la veda. El presidente de la Asociación Nacional de Facultativos Especialistas Interinos, **Aresio Plaza**, asegura que “es condición imprescindible que la carrera profesional se aplique a todos los facultativos en ejercicio en el sistema público de salud sin que interfiera su situación laboral”. Añade que “no tengo la impresión de que la motivación sea el enfoque que se le está dando y es un grave error porque el SNS se está sujetando desde hace muchos años a base del esfuerzo de sus profesionales, y eso lo hace cada vez más frágil”.



¿Qué opinan los profesionales?

Andalucía	SÍ	<p>Manuel Molina, portavoz de CESH - Andalucía</p> <p>"No es la mejor, como decía la consejera, ni tampoco la peor. Nosotros estábamos satisfechos dentro de lo que cabe, aunque aún quedan flecos como el acceso de los interinos o la reversibilidad". Somos totalmente contrarios a este punto, pero al final hemos firmado porque hemos puesto tantas trabas que en la práctica se hace casi imposible; por ejemplo, los que accedemos por antigüedad no podemos bajar de nivel. Aunque hemos conseguido otras cosas que parecían muy difíciles como que se permita el acceso a la carrera a los médicos que no se dedican en exclusiva a la Sanidad pública".</p> <p>"Al principio estábamos muy contentos, pero hemos visto que las siguientes son mejores, pero como es un documento abierto iremos introduciendo mejoras. Ahora estamos negociando para que accedan a carrera los profesionales interinos y para que el acceso por antigüedad no reconozca sólo el servicio en la misma categoría".</p>
Aragón	NO	<p>Lorenzo Racó, secretario general de CESH - Aragón</p> <p>"En 2004 recibimos una propuesta pero era infumable, incluía 30 años para llegar al último nivel, era reversible... No hay borradores en marcha ni previsión de que los haya. Se puso una cláusula para que un grupo de trabajo emitiera un informe en diciembre de 2005, pero no lo hubo. Ese mismo año se acordó un pago en concepto retributivo contemplado para todos los propietarios de plaza con más de cinco años de servicio, pero sin niveles ni nada, 1.800 euros al año en 2006 y 2.200 en 2007. La última promesa es que se pondrá en marcha en septiembre, nosotros haremos nuestra propuesta formal el día 22 de ese mes, que será de un total de 20 años, con retribuciones de 3.500 euros por nivel e irreversible".</p>
Asturias	NO	<p>José Luis Sánchez Barbero, secretario general CESH - Asturias</p> <p>"Aquí no la hemos empezado ni a negociar. Sólo hay una propuesta de la Administración totalmente rechazable porque la considera reversible, sólo incluye a estatutarios fijos, no se habla de contribuciones y no contempla la consolidación de carrera. Nosotros tenemos nuestro proyecto, y estamos esperando a que nos llamen, porque si no, a final de año tomaríamos medidas como movilizaciones".</p> <p>"El de CESH es el modelo ideal, y todos deberían ser muy parecidos aunque con las características de cada CC AA. Debe ser irreversible, universal y con remuneraciones acordes".</p>
Baleares	SÍ	<p>Isidro Torres, secretario general CESH - Baleares</p> <p>"La valoración global es que ha valido la pena el tiempo negociando, nos hubiera gustado haberlo culminado antes pero estamos satisfechos con el resultado".</p> <p>"En este momento, de todos los modelos firmados puede ser el más completo porque incluye a todos médicos de Servicio Balear de Salud, no sólo estatutarios, también a los interinos con más de 5 años. Otro dato significativo es que aparte de la fase de implantación, que es de 4 años para todo el personal, hay que hacer una mención especial porque a los facultativos de más de 60 años se les integra en el nivel más alto con el cobro del total a 1 de enero 2007. Es importante porque premia el trabajo de un colectivo que lo ha dado todo y que gracias a que sea tan rápido lo van a poder disfrutar". "Destacar el papel de la consejera que ha sido no sólo positivo, sino determinante en que se desatascaran las negociaciones".</p>
Canarias	SÍ	<p>Levy Cabrera Quintero, vicesecretario CESH - Canarias</p> <p>"La carrera fue el documento de fin de la huelga en 2001, estuvimos entre los primeros. Conseguimos que subiera el precio de la hora de guardia, libranza de guardias en Atención Primaria para residentes y aumentos de plantilla. Entonces estábamos satisfechos con lo firmado. Pactamos que, como para acceder a la carrera tienes que ser fijo en la empresa, a quienes consiguieran la plaza se les reconociera el servicio prestado con anterioridad sin evaluación previa".</p> <p>"Estamos contentos porque la Administración ha respetado los encuadramientos y por cómo se está aplicando, aunque va con un poco de retraso. Si creemos que tiene efecto motivador, y en general está bien, incluso otras CC AA han cogido ideas de nuestro modelo porque era bueno. Sin embargo, reivindicamos que se equiparen las retribuciones económicas porque se han quedado obsoletas. Hay una cláusula en el Real Decreto que dice que se tendrán en cuenta las mejoras de otras CC AA para incluirlas en nuestro modelo".</p>
Cataluña	SÍ	<p>Patricio Martínez, secretario general CESH - Cataluña</p> <p>"A finales de 2002 fue una de las primeras que salieron y figuraba casi como modelo para el resto, hicimos una valoración positiva en lo que representaba en el 2002, pero después salieron la LOPS y el Estatuto Marco. Ahora en la mesa sectorial de Sanidad queríamos introducir variabilidades en la obtención de créditos porque la implantación de la carrera en el nivel 4 ha sido de más del 60 por ciento en hospitales, pero en Atención Primaria ha estado por debajo del 15 por ciento. Esto se debe a que en la primera de las valoraciones para los niveles como investigación y docencia, los de Primaria han tenido una falta que nos hubiera gustado haber previsto para esta acreditación. No vamos a firmar el acuerdo de la mesa sectorial del ICS porque no hemos podido modificar esto".</p> <p>"Fue un instrumento muy bueno en su momento de incentivación y motivación de los profesionales. Tenemos que seguir en ese camino, pero ahora vemos lo que se puede mejorar y debemos hacerlo".</p>
Cantabria	SÍ	<p>Francisco Javier Santiuste Aja, secretario general CESH - Cantabria</p> <p>"Han firmado el acuerdo sin contar con nosotros, con ningún sindicato médico, sólo con enfermería. Lo que hacen es una labor mediática. Nuestro balance es que es una porquería. Históricamente no hemos estado en las mesas negociadoras. Hubo una afrenta de la consejera a los profesionales, ha habido unas situaciones difíciles y el sindicato ha mantenido la coherencia de no sentarse con incoherentes".</p> <p>"Es reversible, se prima exhaustivamente la exclusividad, la dedicación permite acceder a los grados 3 y 4. Cada vez tenemos un sueldo peor y un montón de complementos que te pueden quitar cuando quieran. Con las cosas como están podemos tirarnos en huelga ocho años. Si las cosas siguen así, en otoño habrá problemas porque peor no se puede estar, nunca nos hemos encontrado con unos interlocutores que fueran así, como un muro".</p>
Castilla y León	SÍ	<p>Eloy Díez de Gregorio, secretario general de CESH - Castilla y León</p> <p>"Fue un acuerdo exclusivamente para médicos. Está entre las dos o tres primeras de España junto Valencia y Galicia. Estamos muy satisfechos, aunque no han aceptado de forma absoluta que se incluya a los funcionarios del Sacyl y hemos arbitrado las dos formas por las que pueden entrar. Somos de las primeras comunidades en las que se está sacando adelante el sistema retributivo de carrera profesional de estatutario a funcionario".</p> <p>"Las negociaciones han sido muy difíciles y duras, primero hubo manifestaciones, pedíamos cosas a las que ellos se negaban como la no reversibilidad. Ahora vemos que hay voluntad, tenemos el marco teórico, pero habrá que ver cómo se desarrollan las cosas".</p>

¿Qué opinan los profesionales?

Castilla La-Mancha	SÍ	José Luis Grau Olivé , secretario general de CESM - Castilla La-Mancha "Se ha conseguido firmar hace poco, tuvimos que convocar huelga porque la negociación estaba muerta y, afortunadamente, la presión consiguió una carrera decente, entre las 3 o 4 primeras de España. Aunque podría mejorarse aumentando el aspecto retributivo y permitiendo que se acceda a los cuatro niveles sólo por antigüedad, no sólo a los tres primeros, y mejorando la representación en los comités de evaluación. Lo más importante es que es irreversible, no ligada a exclusividad y para los estatutarios fijos, pero a los interinos se les considera todo el tiempo que han trabajado como tal cuando tienen plaza".
C. Valenciana	SÍ	Ricardo Llevata , secretario de comunicación de CESM - Comunidad Valenciana "Nuestra valoración es que era la mejor en el momento en que se firmó, no sólo por las cifras económicas, sino también por la facilidad de acceso y la transparencia. Sin embargo, ahora ha sido superada por la de Baleares, que amplía el ámbito de aplicación a los interinos, y esperamos que aquí se haga lo mismo. La negociación empezó en 2002, pero luego se paralizó y dio lugar a un conflicto de ocho meses. En 2004 se retomaron las conversaciones con Rambla, y tras dos años vio la luz una carrera que es la mejor del Estado. Él se comprometió a estar siempre a la cabeza incorporando las mejoras que otras incluyeran. Esperamos que eso se cumpla".
Extremadura	SÍ	José Ignacio Vilella , secretario general de CESM - Extremadura "Satisfecho no se está nunca, pero hay un acuerdo. Lo que parecía bueno se ha quedado en un acuerdo bajo mínimos. La carrera en Extremadura se basa en la universalidad, pero los conceptos retributivos no tienen nada que ver con los de las otras comunidades autónomas. Lo importante es ver ahora cómo se aplica la ley porque, cuando se está en el poder, se tiene la soberbia de que va a durar toda la vida".
Galicia	SÍ	José Manuel Blanco Alocanto , portavoz de CESM - Galicia "En general los profesionales estamos contentos con la carrera, aunque quedan algunos flecos pendientes. Ahora hemos pedido entrevistarnos con la Administración para que se incluya a los interinos. Además, por ejemplo, pedimos que la gente que el pasado año no pudo entrar en la carrera en el nivel I porque no cumplía los requisitos necesarios, pero este año lo ha hecho muy bien, pueda acceder directamente al nivel siguiente, al II". "Las negociaciones en Galicia fueron muy largas porque fuimos los primeros en solicitar la carrera hace 15 años y hasta el año pasado no se aprobó. Eso sí, ha sido un instrumento que ha conseguido motivar a los profesionales".
Madrid	NO	No está firmada la carrera, pero CESM y Ashomyt (Asociación Sindical Hospitalaria de Médicos y Titulados Superiores de Madrid) se han unido para presentar a la Administración una propuesta conjunta muy ambiciosa y mantener la unión de los profesionales. Ana Jiménez , portavoz de CESM - Madrid "La carrera en Madrid debe estar especialmente bien retribuida porque aquí se forman el 25 por ciento de los residentes y se hace la mitad del total de la producción científica. Debe ser accesible para todos los médicos de la comunidad, también para los interinos. Tiene que ofertar a los profesionales un estímulo serio, ya que debido a que las condiciones laborales son peores hay déficit de médicos y no es un destino atractivo laboralmente. En la reunión que mantuvimos con el consejero Lamela, acogió favorablemente la propuesta pero aún no se ha hecho nada". Ramón Denia , portavoz de Ashomyt "Es necesario que se reconozca el alto nivel y la dedicación de los médicos porque la profesión está desprestigiada y la actitud de la Administración no ayuda. El Ministerio de Sanidad ha hecho la casa por el tejado y el Consejo Interterritorial es un fracaso. Los mínimos de carrera que pedimos para Madrid son que sea irreversible, y que incluya cinco niveles, el primero para los residentes, con retribuciones de 3.000/ 6.000 / 9.500 / 13.500 / 18.000 euros anuales por nivel. Si las cosas no avanzan habrá movimiento después del verano por nuestra parte".
Navarra	SÍ	El sindicato médico demanda mejoras: - El nivel I de carrera retribuido y su correspondiente repercusión en el resto de niveles. - Su ampliación a todos los facultativos sanitarios del Gobierno de Navarra. - Que se modifique la ley de manera que se reconozca a los médicos que obtengan plaza en propiedad todo el tiempo que han sido interinos y accedan al nivel correspondiente. - Mejora del baremo de méritos. - Que al personal que acredite méritos fuera del SNS-O se le permita llegar al nivel V y no sólo al IV.
La Rioja	SÍ	Alicia Santamaría presidenta del sector de Sanidad de CSI-CSIF en La Rioja Las negociaciones han sido largas, pero el resultado ha sido positivo, en general tenemos el sentimiento de que el acuerdo está bastante bien. Además de la carrera se ha aprobado el desarrollo profesional, tanto de médicos como de personal de enfermería. Hay cosas mejorables, como por ejemplo que también pudieran acceder los interinos, o que no fuera reversible en el cuarto nivel, aunque nos han dicho que esto es para fomentar que los profesionales se estimulen y no se acomoden.
País Vasco	SÍ	El Sindicato Médico de Euskadi (SME) tiene entre sus reivindicaciones para todo el colectivo médico la renegociación de la carrera profesional en la comunidad autónoma. Los profesionales piden que la Administración "ponga en marcha un Plan a medio plazo para recuperar el poder adquisitivo que los facultativos han perdido en los últimos años". Reclaman además que se favorezcan los estudios de perfeccionamiento profesional y que cuando estén directamente relacionados con la función o puesto de trabajo sean financiados por el Servicio Vasco de Salud - Osakidetza.
Murcia	NO	Rodolfo Castillo , secretario general de CESM - Murcia "No está firmada, aunque en mayo de 2005 se firmó un acuerdo sanitario de gran alcance y en 2006 se convocó la mesa sectorial para dar un nivel retributivo para el primer tramo, se acordó percibir 250 euros al mes desde julio de 2007. Pero los médicos no firmamos porque queríamos una carrera completa. En diciembre de 2005 nos hicieron una propuesta con la que no estamos de acuerdo en nada, entre otras cosas porque era reversible". "El presidente de la comunidad se comprometió con nosotros en una entrevista a que, aunque aquí llegara más tarde que en Valencia, no iba a ser peor. Desde entonces no hemos vuelto a saber nada. Había un plazo máximo para la negociación que finalizaba a final de 2006. El otoño se va a presentar caliente...".

