



Comunidad Valenciana

<http://www.cesm-cv.org>

C/ Navarro Reverter, 11-3º

cesm-cv@cesm-cv.org

Telf. 963517376

ENCUESTA DE CESHM-CV ENTRE LOS MÉDICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

2006

SUMARIO

- SUMARIO
- INTRODUCCIÓN
- VALORACIÓN DEL SISTEMA RETRIBUTIVO
- PRIORIDADES PROFESIONALES
- ACTITUD ANTE LA JUBILACIÓN
- CARRERA PROFESIONAL
- GUARDIAS MÉDICAS
- IMAGEN DE LA ADMINISTRACIÓN
- LA GESTIÓN SANITARIA
- EL SINDICALISMO MÉDICO

ANEXO I	Texto de la Encuesta
ANEXO II	Carrera Profesional de la Consellería año 2002
ANEXO III	Carrera Profesional de CESH-CV año 2005
ANEXO IV	Derechos de los médicos valencianos

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Valenciana el sindicalismo médico profesional se ha identificado desde hace años con las siglas de CESM-CV. Nuestra organización, adscrita a la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, posee representación en la Mesa Sectorial de Sanidad y en la Mesa de la Función Pública a través de la coalición CEMSATSE. De este modo nuestras propuestas se pueden proyectar en los foros legales de negociación que entienden de la problemática sociolaboral de los facultativos. Siempre hemos huido del testimonialismo demagógico aunque también hubo que recurrir en ocasiones a las medidas de fuerza para resolver conflictos enquistados. En cualquier caso hemos intentado que la **responsabilidad** presidiera todas nuestras actuaciones.

Consideramos que el colectivo médico está siendo tratado de modo injusto en el conjunto de España porque la administración, de hecho única incluso en el marco estatal autonómico, posee continuidad de intereses en el tiempo al margen de qué fuerza política resulte hegemónica en cada momento. Y frente a ello hay que organizarse, desde la **independencia**, para defender con eficacia nuestros derechos. No podemos confiar en modelos sindicales que no han asimilado el profundo corporativismo que genera la gestión de la cosa pública y se aproximan más o menos al poder en función de la ideología política dominante. Se trata de un error común porque los profesionales sanitarios no trabajamos para un partido u otro sino para el Estado (cuyos intereses siempre permanecen). Y en el objetivo compartido de ocupar los resortes centrales y/o autonómicos de ese Estado los extremos muchas veces tienden a encontrarse. Los políticos siempre pasan pero la burocracia permanece y dota de solidez corporativa a lo que denominamos «administración».

Para el médico, sin embargo, no resultan igualmente válidas todas las fórmulas sindicales que se presenten como profesionales o independientes. La defensa de nuestros intereses debe resultar **eficaz**, es decir, debe conllevar mejoras colectivas mensurables y actuaciones cotidianas sentidas como útiles por los afectados. Y, para lograrlo, no basta con lanzar consignas por muy formalmente afortunadas que parezcan. Asumir el inevitable gradualismo reivindicativo es una condición inexcusable para no caer en maximalismos del tipo «todo o nada», porque la mejora de nuestra situación como médicos se dará de modo paulatino, a través de conquistas parciales y por ello siempre aparentemente insuficientes. Encajar las críticas que esta actitud nos reportará por parte de quienes no deben rendir cuentas porque a nada están obligados será duro pero necesario y pondrá a prueba nuestra entereza.

Pero algo en lo que desde CESM-CV si percibimos que debíamos mejorar era en el contacto con la realidad sociolaboral de la mayoría de los facultativos valencianos. Resulta fundamental acceder a la «información» necesaria para conocer las condiciones en que los

profesionales trabajan para nuestro sistema sanitario. De este modo podrán establecerse estrategias realistas que nos aproximen de modo progresivo a la solución de los problemas detectados.

Así lo entendimos y por ello, desde enero a marzo de 2005, el sindicato distribuyó entre los facultativos valencianos una encuesta (ANEXO I) que seleccionaba las áreas de inquietud que presumíamos fundamentales para el colectivo:

- Se formularon 15 preguntas relacionadas con el modelo retributivo, las prioridades profesionales, las guardias, la jubilación, la gestión sanitaria, la actitud hacia el sindicalismo y las expectativas ante la Carrera Profesional.
- Se distribuyeron aleatoriamente 1200 formularios a través de los delegados del Sindicato en los centros de trabajo concluyendo que si a finales de marzo se recuperaban 500 de ellos podría considerarse suficientemente representativa la muestra. Los delegados recibieron instrucciones concretas de distribuir los formularios sin tener en cuenta la afiliación sindical de los encuestados.
- A 29 de Marzo de 2005 se habían recibido 500 formularios cumplimentados y sobre ellos se han realizado todas las interpretaciones siguientes que son únicamente una aproximación inicial a la problemática de la medicina en nuestra Comunidad.

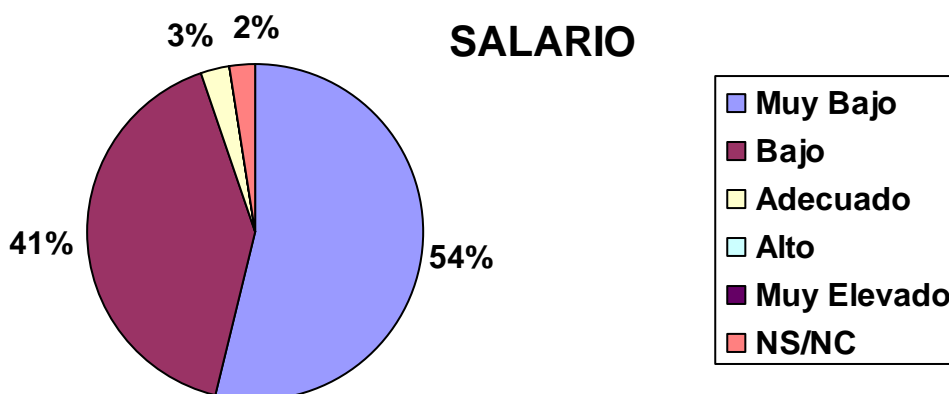
No se trata éste de un estudio que persiga la mera contemplación de una realidad sociológica ni la excelencia estadística de todos y cada uno de sus resultados. Hemos querido, por el contrario, dotarnos de un instrumento para la acción sindical cotidiana. Disponemos ahora de una primera vía de «retroalimentación» que nos permite actuar no solo de modo unidireccional sino disponer también de una importante información de retorno de gran valor sindical. Si la información es poder, este Sindicato Médico está ahora en mejores condiciones para proporcionar a los facultativos valencianos unas propuestas acordes con sus inquietudes y esperanzas reales. Hemos analizado e interpretado para encontrar **respuestas** y, por ello, nuestros interrogantes no conducen a la perplejidad y adquieren pleno sentido. Porque los médicos no son una entelequia sino personas de carne y hueso que viven, sufren, gozan y trabajan junto al conjunto de los ciudadanos valencianos.

1.- VALORACIÓN DEL SISTEMA RETRIBUTIVO

La pregunta «¿cómo valoras tu salario actual?» ha sido respondida por la práctica totalidad de los encuestados. No resulta difícil, extrapolando a la luz de los porcentajes, afirmar que casi ningún médico valenciano considera su salario adecuado para su categoría profesional.

¿Cómo valoras tu salario actual?

Es muy bajo para mi categoría profesional	270
Es bajo para mi categoría profesional	204
Está en consonancia con mi categoría profesional	14
Es alto para mi categoría profesional	0
Es muy elevado para mi categoría profesional	0
NS/NC	12
TOTAL	500



El 95% de los encuestados perciben que la sanidad pública les paga un salario inferior al que debería corresponderles de acuerdo a su cualificación profesional. Un testimonial 3% por el contrario considera que su nómina está en consonancia con su preparación, mientras un 2% no responde a esta pregunta. Nadie reconoce que sus haberes sean altos o muy altos.

Con respecto a las retribuciones públicas no existe, por lo tanto, conciencia alguna de «privilegio» dado que se correlaciona la valoración de las retribuciones con un determinado ejercicio profesional para el que se exigen muchos años de preparación.

Esta situación contrasta con la pasividad mostrada por el colectivo a la hora de reivindicar mejorar económicas y, además, con la mala imagen asociada a las demandas centradas exclusivamente en los incrementos retributivos. Las razones, en nuestra opinión, pueden ser múltiples:

- El carácter vocacional de la profesión médica puede asociarse a cierto sentimiento de culpabilidad al introducir el factor «dinero» en la relación con los pacientes.
- La frecuente acumulación familiar de varias fuentes de ingresos procedentes de ambos cónyuges crea una ilusión de «suficiencia retributiva» a partir de dos salarios reales escasos.
- Los ingresos complementarios obtenidos desde el ejercicio libre de la profesión pueden enmascarar en ocasiones lo exiguo de las retribuciones públicas.

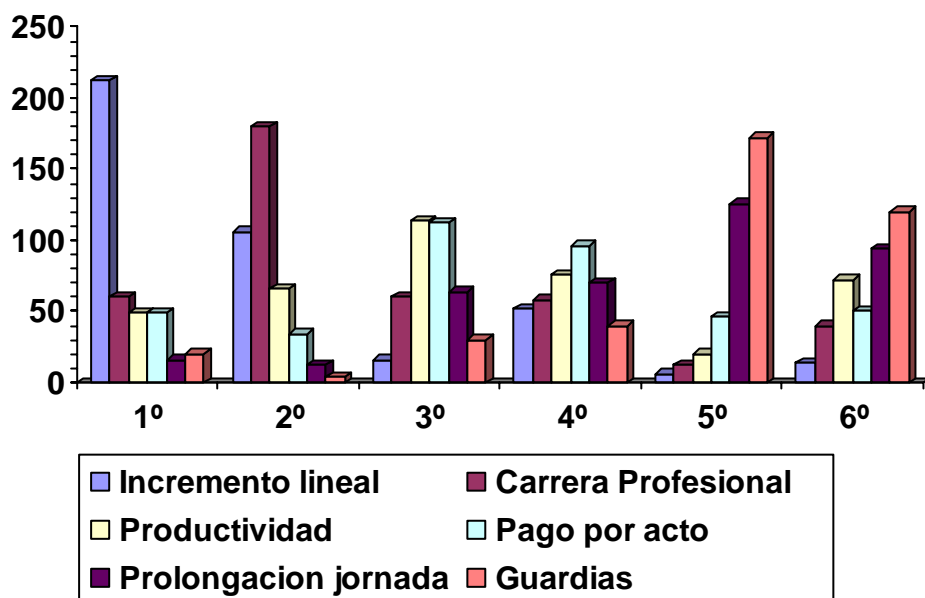
En cualquier caso, resulta evidente que una mejora sustancial del tratamiento retributivo del personal facultativo debe constituir una prioridad para un sistema sanitario que no pretenda degradar sus prestaciones. Del mismo modo, el sindicalismo médico debe abandonar cualquier tipo de complejo acerca de la centralidad de las reivindicaciones económicas en el seno de sus programas.

A los facultativos encuestados se les han planteado además dos preguntas con respuestas no excluyentes acerca de cómo desearían que les fueran incrementadas sus retribuciones frente a cómo creen que actuará la Consellería de Sanitat al respecto. El análisis, en este caso, gira en torno al mayor o menor ajuste de lo deseado frente a lo efectivamente esperable. Abajo se muestran los resultados obtenidos a **«puntuá por orden tus preferencias a la hora de ser retribuido»**.

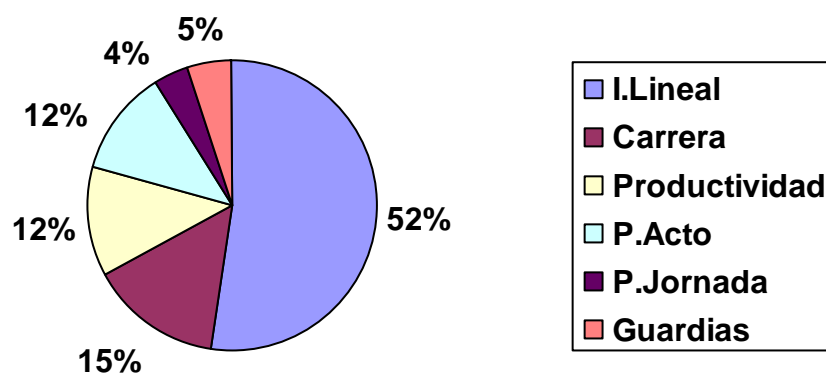
Orden de preferencia a la hora de ser retribuido

	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Incremento lineal	212	106	16	52	6	14
Carrera Profesional	60	180	60	58	12	40
Productividad	49	66	114	76	20	72
Pago por acto	49	34	112	96	46	50
Prolongación jornada	16	12	64	70	126	94
Guardias médicas	20	4	30	40	172	120
RESPUESTAS	406	402	396	392	382	390
NS/NC	94	98	104	108	118	110
TOTAL	500	500	500	500	500	500

A esta primera pregunta han respondido 412 facultativos, llamando la atención que un número nada despreciable (88 de los 500 que han cumplimentado la encuesta de forma global) no la han considerado importante. A estos últimos hay que sumar los que se han abstenido de puntuar una o varias de las alternativas propuestas. Con mucha prudencia, cabría interpretar inicialmente que a los médicos valencianos les preocupa mejorar económicamente pero algo menos el modo de conseguirlo.



1ª Preferencia Retributiva



De éste modo, la inmensa mayoría de los encuestados que responden a esta pregunta prefiere en primer lugar un **incremento retributivo lineal** (52%) a mucha distancia de las otras opciones y también significativamente, apuestan por el desarrollo de una **Carrera Profesional** (46% como segunda preferencia) que, no obstante, solo un 15% escoge como

primera opción retributiva. La productividad (12%) y el pago por acto médico (12%) empatan en posiciones intermedias en cuanto a primeras preferencias. Y a mucha distancia quedan las **guardias médicas** (5%) y la **prolongación de jornada** (4%).

Cabe en principio deducir que los médicos valencianos, al considerar mal retribuida su actividad habitual, no aceptan que el modo fundamental de incrementar sus salario sea dedicar más tiempo adicional a su trabajo o bien acumular más turnos de guardia. No es que nieguen estas opciones pero las relegan ante el necesario **reconocimiento de su actual dedicación** a la sanidad pública que sólo parece poder venir de la mano de **incrementos lineales** (cuyas posibilidades reales no se vislumbran a medio plazo) y del desarrollo de la **Carrera Profesional** (de inminente implementación en todo el SNS aunque negociada en cada ámbito autonómico).

En todo caso llama la atención que el modo tradicional de remuneración en el ejercicio liberal de la medicina, el **pago por acto**, sólo resulta la primera preferencia retributiva de un 12% de los encuestados y tan solo encabeza la cuarta opción con un escaso 25% (muy cerca, por otra parte, del 19% asignado a la productividad). Esto podría deberse, de modo no excluyente, a diversos factores:

- Una resignación ante la eventual proletarización, mayor de la esperada dadas las características profesionales y culturales de un colectivo que es muy difícil de encajar en fórmulas de trabajo asalariado.
- Una percepción de la actual gestión sanitaria como algo ajeno e impuesto que genera la suficiente indiferencia como para no implicarse demasiado, lo que en absoluto conlleva desentendimiento de los pacientes, sino más bien desconfianza hacia los administradores.
- La simple constatación de que, en el marco de un trabajo dependiente, despersonalizado, con escasa autonomía, resulta más adecuado comenzar a percibir por lo que cuantitativamente se hace cuando la retribución por la calidad aportada alcance la dignidad suficiente.

Orden de preferencia a la hora de ser retribuido (en %)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Incremento lineal	52	26	4	13	2	4
Carrera Profesional	15	46	15	15	3	10
Productividad	12	16	29	19	5	18
Pago por acto	12	8	28	25	12	13
Prolongación jornada	4	3	16	18	33	24
Guardias médicas	5	1	8	10	45	31

Para la gran mayoría de los encuestados, finalmente, queda muy claro que las prolongaciones de jornada o las guardias médicas no son los instrumentos prioritarios para incrementar sus retribuciones. Ambos son relegados a la 5ª y 6ª opción por orden de preferencia, coincidiendo un 33% de los encuestados en que la prolongación de jornada debe ser la 5ª posibilidad y un 45% de ellos en que tal dudoso privilegio lo deben ostentar las guardias médicas. Estas últimas, además, son la alternativa más señalada para ocupar la última posición con un 31%.

El rechazo a las guardias resulta muy acusado pese al acuerdo suscrito recientemente que incrementa sustancialmente su retribución por hora. Tal actitud negativa parece poner de manifiesto:

- La animadversión hacia una actividad que es considerada **la más penosa** y de la que, por lo tanto, se tiende a huir.
- La consideración de que la actual **compensación** retributiva y laboral de las guardias, pese a las mejoras alcanzadas, resulta **insuficiente**.
- La evidencia de que en la relación **Penosidad / Compensación** de las guardias médicas el numerador se sigue percibiendo como dominante en alto grado.

El médico no cuestiona obviamente la asistencia sanitaria urgente dado que ello resulta consustancial a su trabajo. Pero no entiende que deba ser organizada según el actual modelo y mucho menos que pueda retribuirse por valores muy inferiores a los que perciben algunos oficios escasamente cualificados. Basta imaginar lo que demandaría un fontanero por reparar una avería en horario nocturno para entender las bases del agravio. En este punto aún hoy nos encontramos en el linde de una relación laboral indigna en un estado de derecho que hace alarde de su avanzada política social.

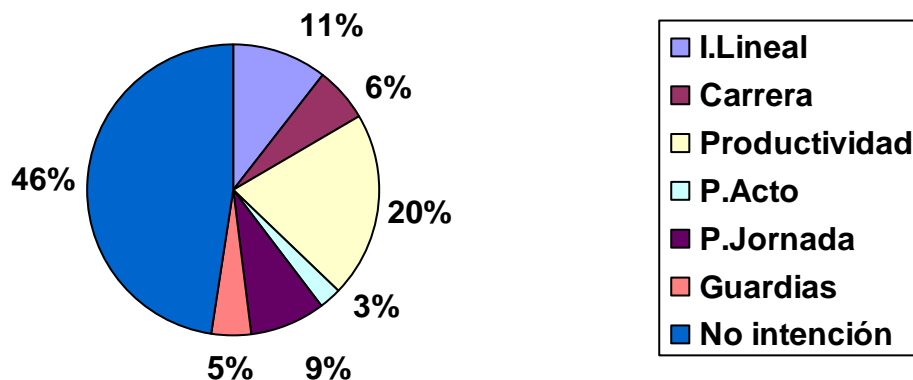
Sin embargo, los datos anteriores contrastan con la opinión de los encuestados acerca del modo en que la administración pretende retribuirles. En el ítem «**puntúa por orden cómo crees que piensa la Consellería retribuirte en un futuro**» algunas de las respuestas, aunque explicables, destacan especialmente por su falta de realismo.

Atribución de intenciones retributivas a la Consellería

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Incremento lineal	42	30	30	64	56	70	12
Carrera Profesional	24	56	54	58	91	50	2
Productividad	82	68	62	58	26	26	4
Pago por acto	10	26	12	35	66	94	4
Prolongación jornada	34	70	69	90	40	26	2
Guardias médicas	18	99	112	40	46	30	4
No creo que lo piensen	189	26	18	8	10	28	2
RESPUESTAS	399	375	357	353	335	324	30
NS/NC	101	125	143	147	165	176	470
TOTAL	500	500	500	500	500	500	500

Así, un **46%** de los que señalan una primera opción en el orden de intenciones de la administración **no cree que la Consellería contemple la posibilidad de incrementar sus retribuciones**, pese a que es reciente la subida de guardias y resulta inminente la implementación de la Carrera, mientras que un 20% opina, más razonablemente, que el previsible aumento exigirá cumplir con objetivos de productividad. Significativamente, sólo un escasísimo 6% atribuye prioritarias intenciones retributivas a la Consellería en base a la Carrera Profesional mientras que un 11% confía (sin motivos reales para ello, al menos a corto plazo) en que sus gestores se avengan a un incremento salarial lineal.

1ª Intención atribuida



Atribución de intenciones retributivas a la Consellería (en %)

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Incremento lineal	11	8	8	19	17	22	40
Carrera Profesional	6	15	15	16	26	15	7
Productividad	20	18	17	16	8	8	13
Pago por acto	3	7	3	10	20	29	13
Prolongación jornada	9	19	20	26	12	8	7
Guardias médicas	5	26	32	11	14	9	13
No creo que lo piensen	46	7	5	2	3	9	7

Resulta evidente la profunda desconfianza que ese 46% de «escépticos» pone de manifiesto entre el colectivo médico y la administración sanitaria. Desconfianza que se confirma por la escasa esperanza en una Carrera Profesional que se recuerda hurtada en el pasado después de múltiples declaraciones públicas por parte del anterior Conseller.

Indudablemente, más allá de cuantificaciones concretas, la Huelga convocada por CESM-CV por tal motivo fue seguida en su fuero interno por una abrumadora mayoría de los facultativos, que aún conservan una gran dosis de resentimiento por lo que vivieron como una inmensa farsa. El actual equipo de Vicente Rambla, heredero de dicha situación, tardará cierto tiempo aún en recomponer unas relaciones tan maltrechas con sus profesionales y para ello deberá dar respuesta satisfactoria a las demandas fundamentales de éstos.

Vemos, de este modo, que las **expectativas (E)** salariales de los médicos se alejan de la **realidad (R)** en grado variable según los casos. Si utilizáramos una relación simple entre ambos conceptos (**E/R**) en la que la coincidencia entre ambos equivaliese al máximo de realismo obtendríamos datos de gran interés tanto para el Sindicalismo Médico que representamos como para la propia administración:

- Dado que un 52% de las respuestas a la preferencia retributiva se decantaban por el **incremento salarial lineal** mientras que únicamente un 11% le atribuye a la Consellería intenciones de utilizar prioritariamente este instrumento estamos en condiciones de afirmar que las expectativas son en este caso escasas (aunque curiosamente no nulas) Y como la realidad no avala confianza alguna en aumentos de este tipo a corto plazo podemos decir que existe un **alto grado de realismo** en la actitud del colectivo en este punto (aparece en cabeza de la última intención retributiva atribuida a la administración con nada menos que un 40% de respuestas).
- En cuanto a la **Carrera Profesional**, que era considerada preferible como primera opción en el 15% de las respuestas y como segunda opción en el 46%, el realismo es muy bajo al comprobar que sólo un 6% cree que la Consellería la considere prioritaria. Como lo cierto es que la Carrera, con una estructura u otra, si se encuentra de plena actualidad en toda España, la percepción del colectivo parece estar claramente interferida por las experiencias negativas de los últimos años (sólo aparece en cabeza de la 5ª opción retributiva atribuida a la administración con un tímido 26% de las respuestas).

- La **productividad variable** es un concepto muy actual en todo el sistema sanitario y es percibido por los médicos de una forma solo moderadamente realista. Sólo un 12% preferiría ser retribuido por ella pero el 20% cree que será ésta la forma predominante de incremento retributivo en el futuro (sólo superada por los «escépticos», menos realistas como hemos visto). En realidad los proyectos de la administración van mucho más lejos dado que incluso la Carrera Profesional es considerada subsidiaria de los objetivos de gestión en muchas CCAA. Que eso no ocurra en nuestro ámbito dependerá de la capacidad de influencia de los facultativos a través de sus organizaciones profesionales. En cualquier caso, el realismo es escaso en este ítem, dado que no encabeza las preferencias retributivas atribuidas la administración en ninguna de las siete posiciones del orden propuesto.

- El **pago por acto** y la **prolongación de jornada** constituyen sistemas de retribución basados en valoraciones cuantitativas del trabajo realizado lo que justifica, con precauciones, su asimilación a la productividad como modelos alternativos o complementarios. No representan una prioridad para la administración sanitaria valenciana, aunque el primero es abiertamente rechazado (aún habiendo sido en ocasiones la fórmula de las denominadas «**peonadas**») mientras la segunda podría abrirse paso a medio plazo (en Cataluña es una realidad generalizada). El 12% que atribuye a la Consellería interés por estas fórmulas quizá resulte excesivo pero tampoco es significativamente diferente del 16% que preferiría ser retribuido mediante ellas.

- Las **guardias médicas** son percibidas en su justa medida y con un alto grado de realismo. Aunque muy pocos las prefieren para mejorar su situación y sólo un 5% cree que en el futuro serán el principal instrumento retributivo de la administración, es significativo el porcentaje de los que piensan que se encuentran en segundo (26%) o tercer lugar (32%) dentro de las prioridades de gestión de la Consellería. En realidad la administración antepone la Carrera o la productividad a las guardias como elementos incentivadores, pero el Acuerdo de mejoras firmado ha puesto en un artificial primer plano a la asistencia de urgencias que es, además, la gran asignatura pendiente de la sanidad pública española.

En definitiva, el elevado nivel de realismo con que se contemplan los incrementos salariales lineales o las guardias médicas, en cuanto a su valor como instrumentos retributivos para la Consellería, contrasta con un escaso realismo a la hora de contemplar alternativas como la Carrera Profesional y la Productividad (en las cuales no se depositan esperanzas y, sin embargo, constituyen las posibilidades más inmediatas de dignificar económicamente el ejercicio público de la medicina).

RESPUESTA SINDICAL

- Resulta urgente una dignificación profunda de las retribuciones médicas que puede comportar la necesidad de revisar el sistema retributivo en su conjunto.
- No resulta previsible que las administraciones públicas accedan fácilmente a incrementos salariales lineales no ligados a contrapartidas por parte de los profesionales.
- Los instrumentos que a corto plazo pueden contribuir a dicha dignificación se basarán en la consecución de objetivos ligados a una mayor eficiencia del sistema (productividad variable) o en el reconocimiento de méritos personales (carrera profesional).
- El sindicalismo profesional debe estar presente en todos los foros de negociación que aborden la implementación de los instrumentos mencionados con el fin de evitar adulteraciones y garantizar que la finalidad de cada uno de ellos sea la correcta. Ello exige inexcusablemente la **unidad sindical** de los facultativos en un único **Sindicato Médico** de ámbito autonómico.

2.- PRIORIDADES PROFESIONALES

Los facultativos valencianos necesitan estímulos materiales para que sea posible mantener en la sanidad pública unos niveles adecuados de calidad asistencial. Pero de las respuestas a la pregunta «**puntúa por orden aquello que para ti es hoy en día prioritario en tu profesión**» no parece seguirse que éstos sean los únicos efectivamente motivadores.

La dedicación que una profesión como la medicina exige debe tener su contrapartida en un reconocimiento que se proyecte en las diversas esferas personales de satisfacción. Dado que ya hemos visto lo negativamente que se perciben las retribuciones cabría esperar que el trabajo desarrollado ofreciese otro tipo de compensaciones pues de no ser así el porcentaje de abandono de la profesión tendría que resultar mucho más elevado del que evidencian los diversos análisis.

Orden de prioridades profesionales

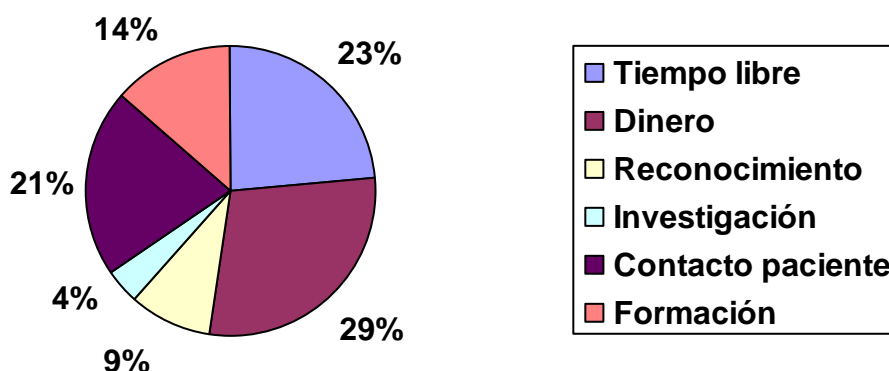
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tiempo libre	100	66	30	70	56	88
Dinero	122	78	64	44	68	42
Reconocimiento social	40	66	92	62	66	92
Posibilidad investigar	16	36	78	80	100	94
Contacto con paciente	90	76	56	74	56	54
Formación	58	94	96	76	56	32
RESPUESTAS	426	416	416	406	402	402
NS/NC	74	84	84	94	98	98
TOTAL	500	500	500	500	500	500

- Un 52% de los que responden se decanta, en orden de prioridades, por elementos que podríamos considerar configuradores de la **calidad de vida personal** como son el dinero (29%) y el tiempo libre (23%). Ello parece indicar que en una ligera mayoría del colectivo médico valenciano se abre camino la conciencia de reivindicación laboral-sindical propia del lugar que la administración sanitaria les asigna en el actual sistema (basado en la proletarización, la burocratización y la ausencia de autonomía).
- En el resto (48%) persisten las motivaciones clásicas de lo que se denomina **profesionalidad vocacional**. Los elementos citados en primer lugar son el reconocimiento social (9%), la posibilidad de investigar (4%), el acceso a la formación (14%) y un significativo 21% declara que su primera preocupación en el orden de prioridades profesionales es el contacto personal con el paciente. Llama la atención que un 22% de las prioridades señaladas como menos apremiantes se refieran al factor «dinero».

Orden de prioridades profesionales (en %)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tiempo libre	23	16	7	17	14	22
Dinero	29	19	15	11	17	10
Reconocimiento social	9	16	22	15	16	24
Posibilidad investigar	4	9	19	20	25	23
Contacto con paciente	21	18	13	18	14	13
Formación	14	22	24	19	14	8

1ª Prioridad Profesional



Las cifras anteriores mueven a la reflexión. En las actividades que requieren de una alta cualificación la apelación a cierto tipo de «**profesionalidad**», máxime ante cualquier conflicto sociolaboral, puede convertirse en una rémora que impida el desarrollo de una mentalidad sindical adecuada. Ello no implica que los médicos no deban actuar con responsabilidad y eficacia en su ejercicio cotidiano, pero debe evitarse que la defensa de sus intereses quede bloqueada. Y tal bloqueo puede provenir de una **cultura tradicional** interiorizada de modo acrítico (y utilizada con éxito por las administraciones públicas) según la cual el factor «**vocación**» (entendido como entrega absoluta) desautorizaría toda posible defensa de intereses que no priorizara siempre al paciente.

La idea de «vocación» no sería por ello entendida por una parte del colectivo médico como una lógica inclinación hacia su profesión sino como una sagrada exigencia de **altruismo** sentida como imperativo ético. En tales condiciones el mensaje sindical, a falta de receptores adecuados, podría llegar a perderse en la completa esterilidad.

La «culpabilización moral» constituye el arma más eficaz de los gestores y burócratas para enfrentar a los médicos con la ciudadanía mediante mensajes subliminales («los médicos no *deben* hacer huelgas», «la medicina es un *sacerdocio*») que pueden ser asumidos por el mismo facultativo (no olvidemos que los **códigos deontológicos** de las Corporaciones Profesionales refuerzan en muchas ocasiones esta percepción).

Mientras que cualquier trabajador es comprendido cuando reivindica mejoras económicas y laborales el médico, sin embargo, es conminado a deponer su actitud en nombre, nada menos, que de la vida humana. Lo que en otros son derechos en el médico devienen, implícitamente, delitos de lesa humanidad. Y la propia conciencia del profesional «vocacional» hace el resto.

¿Es en esa situación en la que se encuentran, aún hoy, casi la mitad de los facultativos valencianos?. Si bien los mecanismos descritos se encuentran parcialmente vigentes no resulta probable que lo sean de un modo tan amplio. Y, aunque el peso de la cultura médica tradicional todavía es importante, existen interpretaciones alternativas de los datos obtenidos:

- No parece descabellado que, aunque la inmensa mayoría de los encuestados valoren como bajo o muy bajo su salario, una sector importante disponga de una segunda actividad privada lo suficientemente remunerada como para que el factor económico se vea muy relativizado en su ejercicio profesional público.
- La transformación del médico en un trabajador que depende fundamentalmente de su salario para satisfacer sus necesidades vitales pone en entredicho cotidianamente el concepto clásico de vocación. Sólo en la medida en que el peso de los ingresos procedentes de otras fuentes ponga en segundo plano el factor económico se abren paso otras prioridades.
- Como ya se ha dicho, la acumulación de rentas familiares o una desahogada situación patrimonial de partida (no infrecuentes dada la elevada endogamia del colectivo) pueden garantizar aparentemente un nivel socioeconómico desde el que prioritariamente se echen de menos otro tipo de estímulos profesionales.

La «vocación» se convierte de este modo en un «artículo de lujo» solo al alcance de quienes poseen una situación social, laboral y/o patrimonial que trasciende las limitaciones retributivas del ejercicio público de la medicina. De modo que los fundamentalmente asalariados (o sin acumulación familiar de salarios) priorizarían su mejora retributiva (o alternativamente el tiempo libre necesario para abrirse camino en el campo privado) mientras que los que aún conservan un ejercicio libre económicamente viable se verían más atraídos por otros factores de satisfacción.

Por ello, y aunque la realidad siempre resulta muy rica en matices, no puede negarse que el tipo de ejercicio liberal que originó la cultura de la profesionalidad vocacional se encuentra en crisis y no se identifica ya fácilmente con la mayoría del colectivo médico. Somos trabajadores intelectuales cualificados que aportamos mucho y cada día somos más conscientes de que recibimos a cambio muy poco.

RESPUESTA SINDICAL

- Los médicos constituyen una profesión de tradición liberal en la cual resulta dominante actualmente la relación laboral asalariada. Sin renunciar a la autonomía que históricamente nos ha singularizado (ni a un sistema retributivo que la tenga en cuenta) debe admitirse que su materialización práctica en un contexto de trabajo dependiente plantea serios problemas.
- En tanto que avanza y se consolida, junto a la asalarización, la dependencia administrativa y burocrática en el ejercicio de su profesión, el colectivo médico valenciano debe asumir una **cultura sindical** que le permita defender de un modo adecuado sus derechos renunciando a todo tipo de complejos y prejuicios.
- No son los médicos quienes han escogido voluntariamente trabajar como lo hacen ni ser marginados de la gestión sanitaria. Pero en tanto que dicha gestión no se democratice y resulte permeable a los intereses de los profesionales no puede exigirse de éstos una entrega «desinteresada» al sistema sanitario ni una indiferencia ante su creciente proletarización.
- El sindicalismo médico profesional surge ante la constatación del fracaso de las organizaciones tradicionales para representar eficazmente los intereses de las nuevas clases medias trabajadoras y su sentido se centra en la defensa de los facultativos *en tanto que trabajadores dependientes*. Ello implica evitar el solapamiento de funciones con los Colegios Médicos, entidades sin competencias sociolaborales sino estrictamente normativas, ordenadoras y deontológicas.
- CESM-CV debe ofrecerse como mediador entre los profesionales y las administraciones públicas con el fin de evitar la desaparición de los elementos útiles, aunque actualizados, de «vocacionalidad» asociados al ejercicio de la medicina. Para lograrlo será necesario dignificar el ejercicio en el sector público, no solo revisando las retribuciones, sino también incorporando elementos de autonomía y participación que recuperen aspectos positivos del modelo «liberal» sin renunciar a la universalidad asistencial. La sanidad pública, si pretende mantener un aceptable nivel de calidad, no puede apoyarse en un tipo de médico profundamente insatisfecho profesionalmente y no debe por ello asumir que toda motivación quede relegada al ámbito del ejercicio privado.
- Nuestro objetivo, que marca la diferencia con otras opciones sindicales, no es lograr que al médico se le trate como a «un trabajador más» ignorando el carácter objetivamente estratégico del personal facultativo en relación a la eficiencia y del sistema. No centramos nuestra atención en discriminaciones a nivel de jornada u horarios de trabajo pues nos queremos y sabemos específicos. Tampoco creemos que resulte incompatible la sanidad pública con el respeto a nuestra dignidad profesional. Pero en el tratamiento diferenciado de situaciones singulares radica, no solo la esencia de la justicia, sino la de una administración eficaz de servicios que son, evidentemente, escasos.

3.- ACTITUD ANTE LA JUBILACIÓN

Tradicionalmente a los médicos se les había asignado una edad de jubilación forzosa situada en los 70 años lo que, sin embargo, no les impedía retirarse voluntariamente a partir de los 65 años sin merma alguna en la cuantía de la pensión a percibir. Todo cambió, sin embargo, con la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre que establecía el **Estatuto Marco Básico** de los servicios de salud. Aprobado precipitadamente y sin respaldo profesional alguno, este texto legal respondía, no a la necesidad de actualizar la normativa preconstitucional, sino a nunca confesadas intenciones de modificar, a favor de las administraciones públicas, las relaciones laborales con los facultativos españoles. Para ello se legislaba en un complementario aunque doble sentido:

- Utilizando la necesaria transposición de las Directivas Europeas para prolongar «de hecho» la jornada laboral del médico desde 40 a 48 horas (sin reconocer el carácter voluntario de tal exceso ni su retribución como horas extraordinarias).
- Llevando a cabo una reestructuración encubierta de las plantillas de facultativos del Sistema Nacional de Salud mediante el adelanto de la jubilación forzosa a los 65 años. Lo que además generará un ahorro económico considerable al reducirse la masa salarial destinada a trienios y acortarse en 5 años la retribución de la futura *Carrera Profesional* en sus últimos niveles.

Todo esto ponía de manifiesto la incapacidad para encontrar soluciones consensuadas al problema de la asistencia sanitaria urgente. Porque el adelanto de la jubilación médica, pese a conllevar la pérdida de los profesionales con mayor experiencia, lo que en realidad pretende es incrementar el porcentaje de facultativos jóvenes y no exentos de realizar **guardias médicas** por razones de edad.

A la pregunta «**qué frase de las siguientes consideras más acertada**», referida a la jubilación, han dejado de responder el 22,4% de los encuestados, mientras que en un 2% de las respuestas proclaman su falta de interés por el tema. Se trata de un porcentaje relativamente alto, atribuible probablemente al sector más joven.

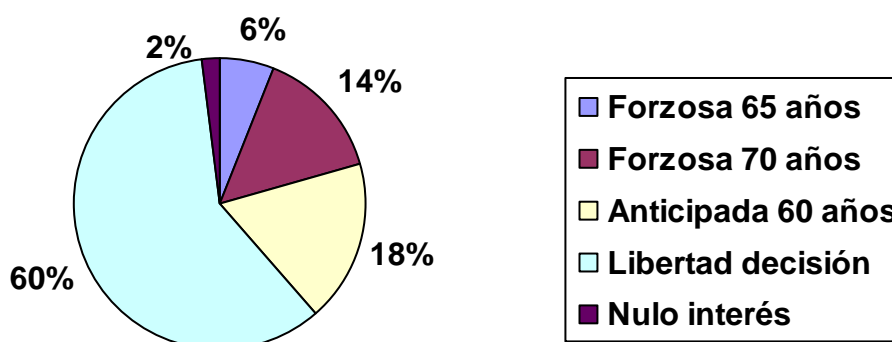
Actitud ante la jubilación

El médico debe jubilarse forzosamente a los 65 años	24
El médico debe poder trabajar hasta los 70 años	56
Lo más importante es poder jubilarse a los 60 años	70
El médico debe poder decidir adelantar o retrasar la jubilación	230
La jubilación es un tema que no me interesa	8
RESPUESTAS	388
NS/NC	112
TOTAL	500

Actitud ante la jubilación (en %)

El médico debe jubilarse forzosamente a los 65 años	6
El médico debe poder trabajar hasta los 70 años	14
Lo más importante es poder jubilarse a los 60 años	18
El médico debe poder decidir adelantar o retrasar la jubilación	60
La jubilación es un tema que no me interesa	2

Jubilación Médica



Sólo un 6% de los que responden a la pregunta coincide con lo previsto en el Estatuto Marco al considerar adecuada la edad de 65 años para establecer la jubilación forzosa. El 94% restante se opone en mayor o menor medida a la nueva legislación. Resulta patente el fracaso del Ministerio de Sanidad, presidido entonces por Ana Pastor, al elaborar la norma que regula las condiciones de trabajo del personal facultativo. El Estatuto Marco puede obviamente imponerse en este punto pero siempre carecerá de autoridad moral entre los afectados.

- El 60% se decanta rotundamente por la libertad del médico para decidir si desea prolongar su trabajo hasta los 70 años o bien, por diversos motivos, prefiere optar por una jubilación anticipada.
- Un 14% opina, sin mayores matices, que el médico debe poder ejercer su profesión hasta los 70 años. Esta posibilidad se contemplaba como derecho en el marco estatutario preconstitucional. Con la nueva regulación se convierte en una potestad exclusiva de la administración en función de su inapelable criterio.

- Un minoritario aunque no despreciable 18% considera prioritaria la posibilidad de jubilarse a los 60 años. Esta perspectiva fue tradicional entre el sindicalismo europeo del último tercio del siglo XX, asociada a la demanda de reducción de jornada, fundamentalmente como respuesta al desempleo entonces masivo, e inspira aún actualmente la temprana edad legal de jubilación no penalizada en países como Francia.

Desde CESM-CV constatamos una enorme sintonía con ese 60% de médicos que confían en la libertad como instrumento de autorregulación del ejercicio profesional. También nosotros consideramos que existe un punto de equilibrio entre las necesidades organizativas de la sanidad valenciana y el derecho de los profesionales a desarrollar la actividad para la que se han estado preparando durante muchos años.

Ante la aprobación del Estatuto Marco Básico el Sindicato Médico planteó ya sus dudas acerca de lo contemplado sobre la jubilación forzosa de los médicos a los 65 años. No obstante, considerábamos que la posibilidad asimismo recogida de prórroga voluntaria hasta los 70 años de edad sería aplicada con amplitud y generosidad desde las administraciones públicas, permitiéndonos aceptar lo que podría constituir, en tales condiciones, un cierto avance social. No obstante, salvo contadas excepciones, se ha procedido a la anunciada «reestructuración de plantillas», de un modo tan entusiasta como irresponsable. No parece que el color político, por lo demás, defina en este terreno las políticas de Recursos Humanos de las diversas Comunidades Autónomas.

En nuestro caso seguimos a la espera de que se defina un Plan de Recursos Humanos que, llegados a 2006, puede de nuevo amenazar, no solo la estabilidad sociolaboral de centenares de médicos sino afectar muy negativamente a la calidad de la asistencia sanitaria.

RESPUESTA SINDICAL

- El médico es un profesional cuya formación se prolonga a lo largo de 10 o más años. La sociedad realiza un importante esfuerzo económico para proveerse de facultativos altamente cualificados. Por tal razón la incorporación efectiva de un especialista al mercado laboral puede tener lugar, en el mejor de los casos, a partir de los 27-30 años. No resulta por ello congruente ni razonable considerar amortizada dicha inversión en bienestar social a una edad en la que aún se encuentran muchos médicos en perfectas condiciones de ejercer con normalidad. Dilapidar unilateralmente este capital de conocimientos acumulados constituye una grave irresponsabilidad de gestión y como tal deberemos siempre calificarla. Desde CESM-CV consideramos que alguien deberá explicarles a los ciudadanos valencianos por qué razón un médico resulta inservible a los 65 años mientras se incentiva a trabajadores no cualificados a permanecer más años en su puesto de trabajo.
- No podemos tampoco olvidar que el problema de la edad de jubilación viene en gran medida determinado por la cuantía de la pensión resultante, siendo ésta para un facultativo español de aproximadamente un 50% de su salario real. El adelanto de la edad de jubilación ha sido siempre valorado positivamente desde un punto de vista estrictamente sindical dado que libera del trabajo a los mayores y a su vez permite incorporar al trabajo a los jóvenes (ello siempre, claro está, que no se opte por la mera amortización de las plazas). Pero sólo podría ser aceptado en un improbable marco de reforma de las prestaciones contributivas que incluyera la elevación sustancial del tope máximo actual. Sin embargo, la administración si podría implementar para sus facultativos los instrumentos complementarios a las pensiones públicas previstos en la legislación actual. A corto plazo proponemos que, tras la jubilación, se garantice la percepción del 100% de las retribuciones previas (al menos inicialmente hasta los 70 años de edad) lo que podría facilitarse en el futuro con la creación de un **Plan de Pensiones** desde la Agencia Valenciana de la Salud.
- El adelanto forzoso de la jubilación médica entra en contradicción tanto con el espíritu como con la letra del denominado «Pacto de Toledo» (que se basa en un amplio consenso de fuerzas políticas y sociales). En su «recomendación nº 10» se puede leer literalmente:

«La edad de jubilación debe ser flexible y dotada de los caracteres de gradualidad y progresividad. De igual modo, el acceso a la pensión de jubilación no debe impedir una presencia social activa del pensionista. En tal sentido y sin perjuicio de mantener la edad ordinaria de jubilación en los 65 años, resultaría muy aconsejable, en términos financieros y sociales, facilitar la prolongación voluntaria de la vida activa de quienes libremente lo deseen. A tal efecto, cabe regular la exoneración total parcial, en función de la jornada, de la obligación de cotizar en aquellos supuestos en el que el trabajador opte por permanecer en activo con suspensión proporcional del percibo de la pensión.»

- Nuestra propuesta sindical gira en torno a los principios consensuados en el «Pacto de Toledo» y en una interpretación amplia de lo previsto en el Estatuto Marco. Consideramos debe procederse a conceder de modo automático la prórroga en la edad de jubilación a todos los solicitantes en tanto en cuanto no se ponga de manifiesto una incapacidad psicofísica para el ejercicio profesional. La flexibilidad en la salida del mercado laboral debería pivotar en torno a una edad «media» de 65 años con un intervalo de prolongación voluntaria hasta los 70 años e introduciendo asimismo la posibilidad de reducción hasta los 60 años (porque también es cierto que por motivos de salud laboral o simple libertad personal pueden existir profesionales dispuestos a abandonar el sistema de modo prematuro).

- En todo caso, las propuestas de adelanto voluntario en la edad de jubilación deberían conllevar los correspondientes incentivos y ser elaboradas de acuerdo a un Plan de Recursos Humanos riguroso en lugar de ampararse en un Estatuto Marco discriminatorio con respecto a otros colectivos de trabajadores. En España ya no existe el concepto de «jubilación forzosa» sino el de edad mínima de jubilación con derecho al 100% de las prestaciones con 35 años cotizados. Además, muchos funcionarios públicos pueden optar voluntariamente por prorrogar su actividad hasta los 70 años.

4.- CARRERA PROFESIONAL

La **Carrera Profesional** se ha convertido en la estrella del debate sanitario. Todos hablan de ella sin en muchas ocasiones utilizar un lenguaje común que permita delimitar las ideas y conceptos que se barajan. Lo que si resulta evidente es que la progresión profesional del médico no puede detenerse el último día de su formación MIR como facultativo especialista. Y, por supuesto, sabemos que no es así en tanto que la necesaria actualización de conocimientos y el perfeccionamiento profesional son por definición constantes durante todos los años de ejercicio activo. Lo que no existe aún es un reconocimiento de ese esfuerzo formativo, de esa inmensa experiencia acumulada, de las múltiples destrezas desarrolladas, que redundan en los elevados niveles de calidad de nuestro sistema sanitario. Tal reconocimiento, sin embargo, se encuentra ya en gran parte previsto en la normativa legal más reciente como puede comprobarse a continuación.

«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.» (Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud).

«...el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios.» (Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias).

Hay que advertir en primer lugar que nuestra organización no se ha mostrado nunca de acuerdo con las definiciones que acerca de la carrera profesional contienen las normas mencionadas. Si que lo estamos, sin embargo, con el alcance del concepto de «profesión sanitaria» que plantea la LOPS, limitándolo a las titulaciones de licenciado o diplomado universitario. Pero nuestra discrepancia se centra básicamente en la valoración *directa* que se reconoce al **cumplimiento de los objetivos** junto al desarrollo profesional en si mismo.

Nuestra propia propuesta de Carrera Profesional (ANEXO III) incluye también el reconocimiento de los méritos contraídos en el terreno de la experiencia asistencial, formativa, docente e investigadora que redundan en una mejor calidad asistencial y una mayor eficiencia del sistema. Es decir, consideramos que la **experiencia** no puede desligarse de la consecución de **objetivos** en tanto que resulta una premisa necesaria para ello. Pero también subrayamos que ambos conceptos deben recibir un tratamiento administrativo y retributivo diferenciado por constituir el primero la base de la *Carrera Profesional* y el segundo de la denominada *Productividad Variable*.

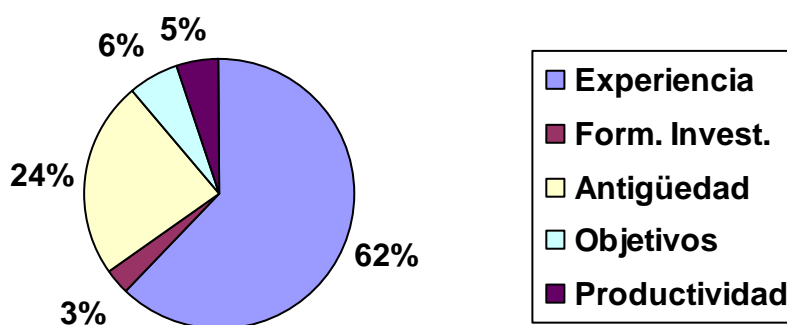
Para conocer cuál era la opinión al respecto del colectivo médico valenciano la encuesta contenía dos preguntas específicas acerca de los contenidos y retribución del futuro sistema de promoción. A la primera de ellas «**cómo piensas que debe retribuirse la Carrera Profesional**» respondieron 356 facultativos y se abstuvieron de hacerlo 144 (un nada desdeñable 28,8%). Es la pregunta que menor número de respuestas ha recibido de toda la encuesta lo que parece responder al elevado grado de escepticismo que, como ya vimos, suscita entre los médicos todo lo relacionado con la Carrera Profesional. Se solicitaba una contestación no incompatible por orden de interés a las 5 opciones planteadas.

Como en el resto de las preguntas formuladas la primera opción es respondida por más encuestados que las siguientes. Así, mientras cerca del 70% responde a las opciones 1ª y 2ª el porcentaje cae a poco más del 60% a la hora de puntuar una eventual 5ª elección.

¿Cómo debe retribuirse la Carrera Profesional?

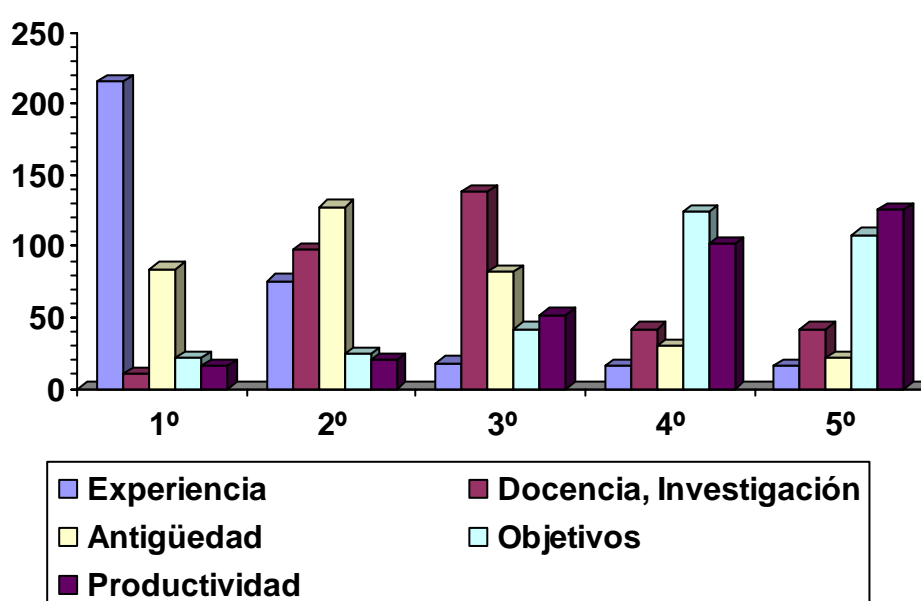
	1º	2º	3º	4º	5º
Experiencia profesional en el trabajo	216	76	18	16	16
Cursos, Congresos, publicaciones...	10	98	138	42	42
Antigüedad como experiencia	84	128	82	30	22
Objetivos de la Administración	22	24	42	124	108
De modo parecido a la Productividad	16	20	52	102	126
RESPUESTAS	348	346	332	314	314
NS/NC	152	154	168	186	186
TOTAL	500	500	500	500	500

1ª Preferencia Retributiva



Preferencias retributivas Carrera Profesional (en %)

	1º	2º	3º	4º	5º
Experiencia profesional en el trabajo	62	22	5	5	5
Cursos, Congresos, publicaciones...	3	28	41	13	13
Antigüedad como experiencia	24	37	25	10	7
Objetivos de la Administración	6	7	13	40	34
De modo parecido a la Productividad	5	6	16	32	41



De los encuestados que responden a esta pregunta señalando una primera preferencia respecto al modo de retribución de la Carrera Profesional un abrumador 62% se decanta por la **experiencia profesional** como factor evaluable, lo que unido al 24% que equipara experiencia a mera **antigüedad** configuran un mayoritario bloque de facultativos (86%) para los cuales la **actividad asistencial habitual**, prolongada en el tiempo de ejercicio, es la base de la experiencia que debe ser tenida en cuenta para dotar de reconocimiento económico a la promoción profesional prevista en la LOPS. Solo un exiguo 3% considera que la formación, los cursos, congresos, etc., deberían ocupar el lugar prioritario mientras que un 11% parece no distinguir con claridad entre carrera, objetivos de gestión y productividad (en curiosa coincidencia con el criterio dominante en las administraciones sanitarias).

No obstante, atendiendo al orden de preferencias asignado se obtiene una imagen bastante clara de lo que, para la inmensa mayoría de los facultativos valencianos, deberían ser las áreas a considerar para la futura carrera y, lo que resulta aún más interesante, cuál debería ser su **peso relativo** en una eventual evaluación de méritos:

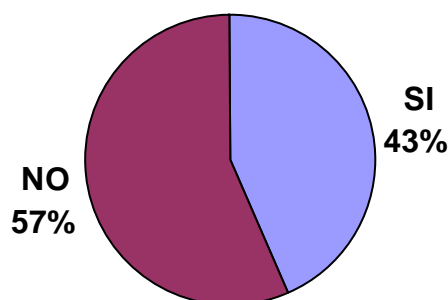
- En primer lugar aparecen la experiencia profesional (que encabeza la primera opción) y la antigüedad (que encabeza la segunda opción). La **actividad asistencial** en sí misma, la permanencia en ella, concebida en términos de **calidad**, debería por tanto configurar el primer elemento a tener en cuenta a la hora de valorar la experiencia profesional.
- En segundo lugar y encabezando la tercera opción los facultativos creen que debería valorarse la **formación** continuada, la **docencia**, la asistencia a Congresos, la **investigación**, etc. Evidentemente este es un elemento importante de cara al desarrollo del sistema que se implante pero pasa a un segundo plano ante la práctica adquirida a lo largo de los años.
- El tercer lugar, encabezando la cuarta y quinta opciones, es ocupado por el cumplimiento de **objetivos de gestión** (que en un alto grado se identifica con lo que son los criterios «cuantitativos» de la productividad variable). Es decir, sin negar la posible relación entre carrera y productividad (que funcionalmente admitimos como de causa-efecto aunque a la segunda preferimos denominarla «**eficiencia**» para introducir la calidad como núcleo garantista) los médicos valencianos no consideran que los objetivos administrativos deban condicionar los criterios básicos para implementar la promoción profesional (al contrario, como cabía esperar, de lo que plantean la mayoría de las administraciones).

Parece ser, con los datos anteriores a la vista, que los médicos no esperan de la carrera profesional un instrumento de incentivación adicional. Y ello es debido al hecho de que para la práctica totalidad de ellos su trabajo, su **contribución al sistema** o, como gusta más a la jerga de la administración, su **implicación** «actual», no se encuentra reconocida ni reflejada en el modelo retributivo. No demandan más salario a cambio de un mayor compromiso sino un acto de justicia histórica que reconozca *lo que vienen ya haciendo desde siempre* y que ha permitido mantener la calidad de nuestra sanidad pública. Después habrá tiempo para hablar de cumplimiento de nuevos objetivos, pero lo esencial es garantizar una retribución adecuada de los *objetivos que ya se cumplen*.

La segunda pregunta planteada era: «¿**Conoces la propuesta de Carrera Profesional aceptada por la Consellería en julio de 2002?**». Curiosamente, en este caso, se han obtenido más respuestas (406 sobre 500 encuestados) que a la pregunta anterior, quizá porque la sencillez de su formulación no obliga a plantearse problemas excesivamente complejos acerca de unos instrumentos de promoción que muchos médicos desconocen en profundidad.

El 4 de julio de 2002 debía haber culminado un proceso de negociación entre la Consellería de Sanidad y CESM-CV acerca de los contenidos y retribuciones de la entonces ya presupuestada Carrera Profesional (ANEXO II). La necesidad del diálogo había surgido a raíz del compromiso adquirido en tal sentido por Serafín Castellano ante la inminente convocatoria de una huelga médica. Si entonces la nave no llegó a buen puerto fue por haber quedado en evidencia que tal compromiso no existía y tan solo habíamos asistido a una inconcebible maniobra de dilación.

Conoce Carrera 2002



Conoce la Carrera Profesional de 2002

% sobre 406

SI	176	43%
NO	230	57%
RESPUESTAS	406	
NS/NC	94	
TOTAL	500	

Resulta llamativo que solo un 43% de los que responden a esta pregunta manifiesten conocer el texto cuya retirada unilateral por parte de la Consellería desencadenó el conflicto médico más prolongado de los últimos años (entre octubre de 2002 y mayo de 2003). Las explicaciones alternativas pueden ser:

- Desde CESM-CV supimos transmitir la sensación de que se nos había «robado» algo pero esa vivencia de «engaño» no se acompañó de la información suficiente acerca de los contenidos concretos del texto.
- O bien a los facultativos les interesaba más el hecho de que iban a ver incrementadas sus salarios pero no consideraron importante el modo en que ello podría llevarse a cabo (lo que se correlaciona mejor con las respuestas obtenidas en relación al modelo retributivo).

RESPUESTA SINDICAL

- Para el Sindicato Médico la Carrera Profesional se concibe básicamente como ***solución al bloqueo sociolaboral y retributivo*** que experimenta el médico desde que accede al sistema sanitario público hasta que lo abandona al llegar a la edad legal de jubilación. En la actualidad, el profesional se encuadra en un sistema fuertemente jerarquizado, poco ágil, que no facilita la incentivación y promoción por méritos propios, y por ello planteamos el establecimiento de un sistema nuevo, distinto y complementario del vigente sistema jerárquico, que reconozca los méritos profesionales y laborales de los facultativos, con la lógica adecuación de sus retribuciones.
- La Carrera Profesional debe ser un ***instrumento de reconocimiento de la experiencia profesional*** acumulada por los profesionales a lo largo de su tiempo de ejercicio. Coincidiendo con la inmensa mayoría de nuestros compañeros, en CESM-CV creemos que debe quedar con ella saldada la inmensa deuda que la sociedad española ha ido acumulando durante décadas con aquéllos que velan por su salud. No se trata de pagar más para exigir más sino de reconocer que lo mucho que se está haciendo no se encuentra retribuido adecuadamente.
- El ámbito de aplicación de la Carrera no puede ser otro que el definido en la LOPS. De otro modo se pervertiría su sentido al confundir el concepto estricto de **profesión sanitaria** (que contempla una formación universitaria específica y un ejercicio autorregulado) con el de **trabajador del sector sanitario** (cuyas funciones son subalternas, de apoyo o bien intercambiables con otros sectores de actividad no sanitarios). Un auxiliar administrativo puede aspirar legítimamente a que se reconozca su trabajo pero también resulta evidente que no estamos ante un profesional sanitario (aunque preste sus servicios en un hospital o un centro de salud).
- Desde CESM-CV defendemos que la Carrera Profesional implique a todos los facultativos con **vinculación estable** en cualquier institución sanitaria pública e igualmente que los servicios previos sean tenidos en cuenta en todos los casos. Creemos además que la experiencia se comienza a adquirir ya durante la fase de formación MIR y por ello proponemos que este tiempo sea contabilizado a la hora de ingresar en el sistema de promoción.
- El grado o nivel adquirido en la Carrera y su retribución asociada no deben ser en ningún caso reversibles. Las funciones desarrolladas por un cargo de gestión pueden dejar de ser idóneas y justificar su cese pero el reconocimiento de los méritos personales y de la experiencia profesional del médico se realiza sobre la base de lo ya aportado y no puede nunca por ello perderse. Se pueden incumplir los objetivos pactados (porque en este caso hablamos de una proyección de futuro) pero el facultativo no se compromete a nada permaneciendo en un determinado nivel de carrera (en todo caso puede no llegar a promocionar al nivel inmediato superior pero nunca perder lo ya consolidado).
- Dado que la Carrera Profesional establece unas nuevas reglas del juego no puede marginarse a los que sostuvieron el sistema en otras circunstancias históricas. Por ello

debe partirse de una **fase de acoplamiento** inicial en la que no sean de aplicación las bases de evaluación que se establezcan. Inicialmente, por lo tanto, se distribuirá, entre los distintos niveles de carrera, al personal incluido en su ámbito de aplicación, atendiendo al número de años de servicios prestados en las distintas Administraciones Públicas.

- Consideramos que deben consolidarse los dos complementos retributivos que se contemplan en las leyes en vigor (Estatuto Marco y LOPS) con carácter no excluyente. No existe por ello motivo para que no coexistan un **Complemento de Carrera Profesional (CCP)** y el **Complemento de Productividad Variable (CPV)**.
- El Complemento de Carrera Profesional (CCP) debería valorar y retribuir, fundamentalmente, la experiencia asistencial, la docencia, la formación continuada, la investigación, la participación en la gestión, etc., todo lo cual redundaría en la eficiencia y la calidad asistencial. Los **indicadores de productividad** pueden jugar el papel de «nexo» **experiencia-eficiencia** pero no deben sustituir al reconocimiento de la experiencia como fundamento de la carrera.
- Los médicos valencianos actualizan de modo cotidiano sus conocimientos dado que su profesión exige imperativamente el reciclaje continuo (tanto teórico como fundamentalmente práctico). Cualquier actividad formativa específica que fuera objeto de evaluación en el marco de la Carrera no debería generar agravios comparativos. Y el único modo de lograr un acceso igualitario a la **formación continuada** es considerar como mérito únicamente aquellas actividades y cursos de acceso universal para los interesados. De otro modo se estaría recompensando una posición de partida más favorable en función de la situación geográfica, económica o social del facultativo.
- La **docencia** pre y postgraduada, al no encontrarse igualmente desarrollada en todos los centros resulta de difícil evaluación. No obstante, su peso específico podría resultar neutral mediante los mecanismos oportunos de compensación en aquellas instituciones que no dispongan de ella. No parece justo considerar un demérito la no realización de una actividad que, pese a toda la buena voluntad del mundo, resulta imposible para muchos profesionales. CESM-CV es consciente de que la formación MIR se limita en gran medida a los grandes Hospitales de referencia y no puede establecerse una discriminación negativa de cara a los centros comarcales.
- La **investigación** es otro de los elementos problemáticos que integran casi todas las propuestas de carrera profesional médica. Es innegable que en nuestro país la inversión en I+D+i es comparativamente baja y por ello cualquier estímulo debería ser bien recibido. Pero habría que garantizar unas condiciones equitativas de acceso y modificar la cultura gerencial desde un modelo sanitario puramente asistencial a otro equilibrado en el que a la cantidad de problemas resueltos se una la valoración objetiva de la calidad ofrecida.

5.- GUARDIAS MÉDICAS

La pregunta «**Piensas que la libranza de las guardias en la Comunidad Valenciana se debe a...**» ha sido respondida por el 79% de los encuestados, aunque un importante 21% de ellos o no la consideraba importante o carecía de la información suficiente al respecto. Creemos que esta última posibilidad pondría en evidencia un problema de comunicación entre nuestra organización y los facultativos valencianos, al que habría que prestar la atención suficiente.

Origen de la libranza de las guardias en la CV

%

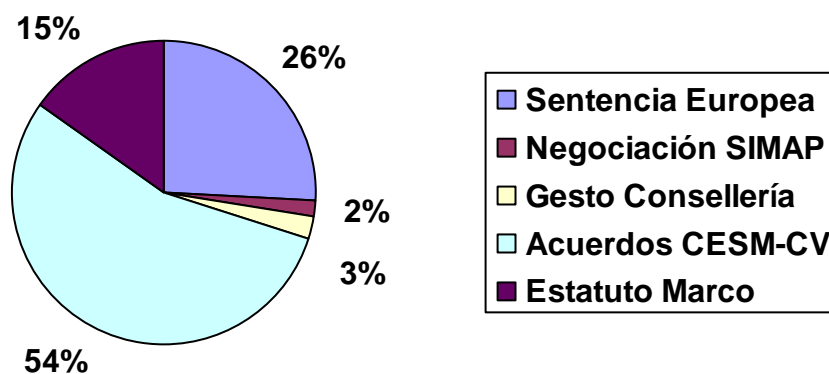
Una sentencia de los Tribunales Europeos	102	20
Una negociación Consellería – SIMAP	6	1
Un gesto de la Consellería con sus médicos	10	2
Unos acuerdos negociados por CESM-CV	216	44
El Estatuto Marco	60	12
RESPUESTAS	394	79
NS/NC	106	21
TOTAL	500	100

Al realizar esta pregunta nos proponíamos en realidad conocer a qué atribuyen los médicos valencianos los derechos que legalmente se les reconocen y nos parecía que utilizar la libranza de guardia como ejemplo de ellos podría simplificar la tarea. Deberíamos además clarificar que por «**libranza**» entenderemos aquí el *derecho subjetivo* a un descanso *remunerado y no recuperable* de 24 horas tras las guardias de presencia física con exención de la jornada laboral correspondiente. El mero descanso sin garantías normativas que garanticen su retribución y no recuperabilidad no puede ser en esencia considerado sino como una mera redistribución de la jornada laboral.

Desde 1995 CESM-CV inició el diálogo con la Consellería de Sanidad para alcanzar algún tipo de acuerdo que racionalizara las guardias médicas siguiendo la Directiva 93/104/CE aunque salvaguardando nuestras especificidades como españoles dotados de derechos adquiridos. En 1998 se firma un primer acuerdo que se publica en el DOGV (Diario Oficial de la Generalitat Valenciana). Es la Orden de 21 de enero de 1999, modificada por la Orden de 16 de Diciembre de 2000, por la que se regulan las guardias y sus descansos en Atención Especializada, y ello casi dos años antes de la Sentencia del Tribunal de Luxemburgo. El Decreto 72/2001 de 2 de abril regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria y extiende a ésta los beneficios ya consolidados en especializada. Por el Decreto 137/2003 de 18 de julio, cuyo contenido resulta compatible con la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se regula la

jornada y horario de trabajo del personal al servicio de la Consellería de Sanidad y se declara vigente lo contemplado en las normas citadas con excepción de la hora de inicio de la guardia. Finalmente, el Acuerdo sobre Mejoras Relativas a la Atención Continuada y Guardias publicado en el DOGV de 10 de marzo de 2005 reafirma la vigencia de la legislación mencionada y añade nuevos derechos a los ya existentes. En CESM-CV creemos que disponemos de la legislación más avanzada del Estado, y posiblemente Europea, en esta materia, al margen de los imperativos legales derivados de las Directivas Comunitarias (ANEXO IV).

% sobre respuestas



Una mayoría (54%) de los que responden a este ítem identifica correctamente a **CESM-CV** como el sindicato interlocutor con la administración en la negociación de los **acuerdos** que permiten la libranza de la guardia en la Comunidad Valenciana. Y es que así ha sido en efecto. Excepto el Decreto 137/2003 de Jornada (que no rubricamos pese a sus aspectos positivos por encontrarnos inmersos en un conflicto con la Consellería) CESM-CV puede enorgullecerse de ser responsable de la avanzada legislación autonómica con que cuentan los médicos valencianos en materia de guardias y atención continuada. En el resto del territorio nacional rigen los mínimos del Estatuto Marco al carecer de normativa específica aplicable y haberse transpuesto de modo directo el contenido de las Directivas Europeas.

Un número tan elevado como desinformado de los médicos (26%) cree que fue una **Sentencia de los Tribunales Europeos** la que introdujo el derecho a la libranza de las guardias. Como solo un 2% cree que el derecho surgiera de una negociación por parte del SIMAP (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública) no parece que atribuyan a dicha formación una gran capacidad resolutoria en los foros no estrictamente judiciales.

Conviene recordar que el 3 de octubre de 2000 (en plena negociación por parte de CESM-CV del Decreto de Atención Continuada) el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, a instancias del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, dictó una sentencia sobre el denominado «caso SIMAP» que se encuentra en el origen del actual Estatuto Marco. Tras sucesivos recursos, el Tribunal Supremo declaró definitivamente aplicable a todos los médicos la Directiva 93/104/CE en fecha tan tardía como el 1 de abril de 2002 (tres años después de que la limitación de guardias así como la libranza remunerada se encontraran reconocidas en nuestra comunidad). En definitiva, de lo dictado por los tribunales antedichos y transpuesto en el Estatuto Marco, se deducen las siguientes conclusiones:

- La jornada máxima del médico en cómputo de 12 meses será de 48 horas semanales (incluidas, en su caso, las horas extraordinarias). Como a los 365 días del año hay que descontar 30 días de vacaciones, el resultado son 47,85 semanas que posibilitan en total 2.297 horas anuales de trabajo efectivo máximo exigible ($47,85 \times 48 = 2.297$). Se desestima la pretensión adicional del SIMAP de que se reconozca el derecho a una jornada máxima de 40 horas por no ser de aplicación el Estatuto de los Trabajadores al personal estatutario sanitario.
- Las horas dedicadas a las guardias/atención continuada deben ser consideradas como de **trabajo efectivo** y contabilizarse en los límites máximos anteriores dado que son extraordinarias *en el sentido de la Directiva* (solo a efectos de cómputo de jornada y descansos). Se desestima la pretensión adicional del SIMAP de que sean consideradas extraordinarias *en el sentido de la legislación laboral española*, entre otras razones por no existir tal figura retributiva en el marco estatutario.
- Los médicos que realizan habitualmente guardias/atención continuada deben ser considerados trabajadores «a turnos» y deben establecerse para ellos medidas especiales de protección. Se desestima la pretensión adicional de que de esta definición se equipare a la de «turno rodado» a efectos de reducción de jornada.
- El descanso diario o semanal que no pueda disfrutarse por coincidencia con un turno de guardia/atención continuada deberá ser compensado. Se desestima la pretensión de que un descanso compensatorio pueda ser contabilizado como trabajo efectivo dada la incompatibilidad que la directiva establece entre ambos conceptos. En consecuencia, donde no se encontrara vigente una norma legal específica *desaparece de hecho la libranza de la guardia* al convertirse en potencialmente recuperable. En consecuencia, a ese 26% de facultativos que pensaban que las Directivas Europeas consagraban su derecho a librar las guardias habrá que decirles que el resultado obtenido es justamente el **contrario**.

Es evidente que no debieron ser esas las intenciones del SIMAP al iniciar el conflicto colectivo, pero debe reconocerse que ni la jornada máxima de 40 horas semanales incluidas guardias, ni la retribución de éstas como horas extraordinarias ni la reafirmación de la libranza como «descanso trabajado» han sido avaladas, ni por los tribunales españoles ni por los comunitarios. Y no cabe seguir confundiendo las conclusiones previas del Abogado General con la propia Sentencia del Tribunal de Luxemburgo.

¿Qué se ha conseguido entonces? Una jornada máxima que permitiría integrar más de 6 guardias mensuales sobre el horario ordinario pues al no poderse computar a efectos de Directiva la libranza como trabajo efectivo el exceso de las guardias de 17 horas se reduce a 10 horas computables. Y el resultado para 2005 sería, «*gracias*» a la Directiva:

2.297 horas anuales – 1.596 horas anuales ordinarias = 701 horas

701 horas / 10 horas efectivas por guardia = 70,1 guardias / año

70,1 guardias / 11 meses = **6,37 guardias / mes**

En cambio, de la normativa de guardias propia de la Comunidad Valenciana, negociada por CESH-CV, se deriva una limitación legal de 36 guardias anuales. Evidentemente, tampoco en este caso podemos ni queremos computar la libranza como tiempo efectivo de trabajo, sino como una explícita *reducción remunerada y no recuperable* de jornada. Por ello el resultado, para 2005, es en nuestro caso muy diferente («*a pesar*» de la Directiva):

36 guardias anuales = 360 horas efectivas de guardia = **3,27 guardias / mes**

1.596 horas ordinarias + 360 horas guardia = **1.956 horas anuales**

1.956 horas anuales / 47,85 semanas = **40,8 horas / semana**

El anecdótico 3% que atribuye a un gesto de la Consellería la libranza de las guardias reafirma el escepticismo de la mayoría. Pero llama la atención que un 15% de las respuestas señalen al Estatuto Marco como garante. Hay que volver a insistir en que el Estatuto Marco es el resultado (indeseado aunque previsible) de la Sentencia del «caso SIMAP». Y la transposición que realiza de la legislación europea, sobre esa base, liquida de hecho la libranza remunerada excepto para los facultativos valencianos (paradójicamente ámbito inicial propio del sindicato demandante) que cuentan con una normativa propia más favorable.

RESPUESTA SINDICAL

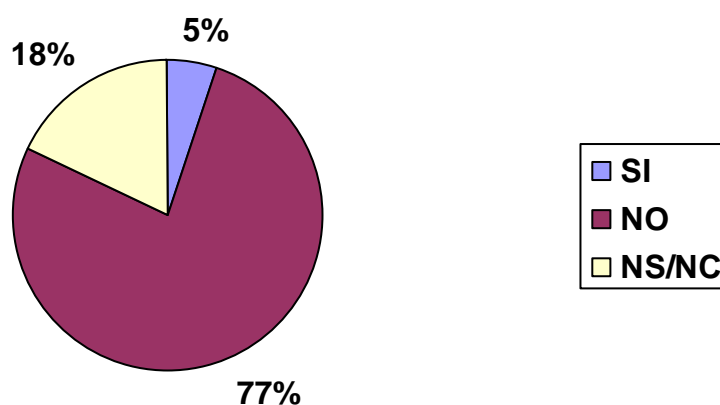
- El Sindicato Médico considera la negociación como el modo más eficaz para normalizar la jornada laboral del médico. Ello no implica renunciar a la vía judicial para denunciar incumplimientos de los acuerdos firmados ni dejación alguna ante la posibilidad de mejoras ulteriores.
- La jornada de un médico valenciano es de 40,87 horas semanales, prácticamente en los límites del Estatuto de los Trabajadores y muy lejos de las 48 horas previstas en la normativa europea. Debemos reivindicar esta situación de ventaja e ignorar las críticas que no ofrezcan sino interpretaciones parciales no avaladas por la jurisprudencia existente.
- CESM-CV debe actuar sin complejos como artífice de la transposición de las Directivas Europeas más ventajosa para los médicos de todo el estado español. Sin la normativa autonómica vigente de la que somos inspiradores nos encontraríamos inermes frente a los «máximos» del Estatuto Marco. Por fortuna, la mayoría de los facultativos valencianos parece entenderlo también así.
- Resulta prioritaria para CESM la dignificación definitiva de la atención continuada/guardias mediante:
 - Garantía de una retribución adecuada.
 - Garantía de descansos y limitación del tiempo de trabajo.
 - Garantía de una edad de exención de guardias razonable.
 - Garantía de mantenimiento del poder adquisitivo tras la exención.

6.- IMAGEN DE LA ADMINISTRACIÓN

A lo largo de las páginas precedentes se ha venido constatando una marcada actitud de escepticismo ante las intenciones de la administración sanitaria. En general, la desconfianza de los médicos valencianos se manifiesta a través de cierta pasividad y un falso conformismo. Pero la degradación progresiva de la calidad asistencial que se derivaría a medio plazo debe obligar a la Consellería de Sanidad a revisar con urgencia las relaciones con sus profesionales.

La pregunta «¿Crees que la frase de la administración “*escuchamos a los profesionales*” es verdad?» ha sido respondida por 410 de los encuestados lo que representa el 82% de la muestra. Entre los que responden a la pregunta el «NO» resulta mayoritario de un modo clamoroso e indiscutible con un 94% de las respuestas y mantiene un elevado 77% incluso si se tiene en cuenta a los que no contestan.

% sobre encuestados



¿La administración escucha a los profesionales?

SI	26
NO	384
RESPUESTAS	410
NS/NC	90
TOTAL	500

Los médicos valencianos, por consiguiente, no confían en las declaraciones de sus responsables políticos acerca del respeto y consideración que manifiestan verbalmente por los profesionales sanitarios. Lo cual, dicho sea de paso, confirma lo ya expuesto en el resto de cuestiones planteadas en la encuesta.

Llama la atención, a pesar de todo, la rotundidad con que se niega la capacidad de «escuchar» lo que parece indicar que, en este punto, los encuestados han diferenciado con claridad la idea de diálogo (que exige voluntad de consenso) de la de monólogo compartido (que no conlleva compromiso alguno de aportar soluciones). Es decir, han interpretado correctamente la expresión «escuchar», conceptualmente cargada de activa empatía, sin confundirla con un superficial «oír y tomar nota» que resulta obviamente más fácil.

Tras muchos años de experiencia autonómica la Consellería de Sanidad es percibida como una entidad que actúa frente a sus empleados como haría cualquier empresa privada, es decir, exigiendo mucho (maximización de «beneficios») y ofreciendo a cambio solo lo imprescindible (minimización de costes laborales). La naturaleza de la relación entre los profesionales y la administración tampoco parece haber variado demasiado con cada partido gobernante. Ni la izquierda ni la derecha parecen predisuestas a renunciar a su capacidad de gestión burocrática directa en favor de un mayor peso de los facultativos. El poder no tiene color político aunque los políticos que ocupan el poder sean de diferentes colores. Y la economía, en el mundo globalizado actual, no parece entender de ideologías.

En realidad, sin embargo, todas las administraciones sanitarias han sido más sensibles a los problemas de los médicos de lo que éstos mismos sospechan. Fundamentalmente para mantener una mínima «paz social» en el sector pero también porque, a pesar de lo poco rentable que pueda parecer a primera vista, la satisfacción de los profesionales es una condición imprescindible, tanto para la supervivencia del sistema, como para la sostenibilidad de sus niveles actuales de eficiencia. Pese a los prejuicios que aún perviven (aunque en franco retroceso) acerca del presunto status privilegiado del médico los poderes públicos no ignoran que el motor de la sanidad no puede ubicarse de un modo permanente al borde del precipicio con la esperanza de que no se precipite al vacío. Y si no existe aún un foro específico de negociación con el personal facultativo ello responde más a las resistencias ofrecidas por los sindicatos de clase que a la voluntad real de los políticos.

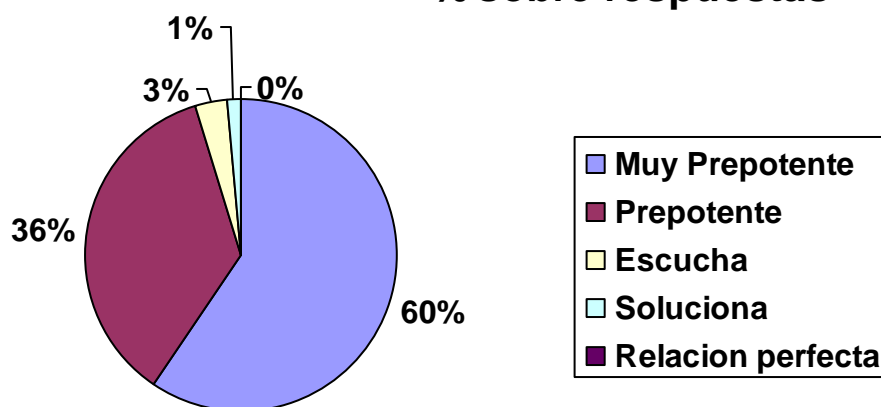
Además, la propia naturaleza de la sanidad pública, en la cual el «beneficio» está en principio excluido, sitúa a sus profesionales en posición de ventaja frente a los modelos de gestión privada. Compárese la jornada laboral (1596 horas/año) y el salario/hora (24,81 €) de cualquier Hospital de la Agencia Valenciana de Salud con la jornada (1900 horas/año) y el salario/hora (19,42 €) de un centro de gestión privada, como el de La Ribera, para entender lo que decimos. Y la diferencia reside, no en que el sistema público pueda despilfarrar, sino en que debe limitarse a incrementar su eficiencia pero sin pretender nunca alcanzar ganancias netas. Evidentemente, a la UTE de Alcira no le basta con ahorrar, no persigue un modelo básicamente «sostenible», sino que funciona como un «negocio» y exige «rentabilidad».

En la misma línea, aunque algo más matizadas, se sitúan las respuestas a la pregunta: «¿Cómo valoras la actitud de la administración sanitaria en relación contigo y tus problemas?». En este caso, dado el mayor margen para la flexibilidad, un 60% de los que responden afirma que la administración es muy prepotente frente a un 36% que reconoce junto a la prepotencia cierta capacidad para escuchar. En total un **96%** perciben a la administración como prepotente o muy prepotente lo que debería bastar para hacer reflexionar a los responsables sanitarios. Y si bien un 4% reconoce que los gestores escuchan habitualmente a los profesionales sólo un 1% les atribuye además la intención de buscar soluciones.

Valoración de la actitud de la administración

Muy prepotente y no escucha mis problemas	248
Prepotente pero a veces escucha	150
Escucha mis problemas	14
Escucha mis problemas e intenta solucionarlos	6
Es una relación perfecta	0
RESPUESTAS	418
NS/NC	82
TOTAL	500

% sobre respuestas



RESPUESTA SINDICAL

- La percepción negativa que los médicos valencianos mantienen de su administración sanitaria no es algo que afecte sólo a esta última. La grave falta de credibilidad de la Consellería de Sanidad no obsta para que ésta sea necesariamente el interlocutor obligado para el sindicalismo profesional. Y también supondría un serio problema de imagen para CESM-CV no poderle garantizar al colectivo médico la seriedad del diálogo que pudiera existir con los responsables sanitarios.
- El Sindicato Médico debe implicarse aún más en la vía de la negociación y por ello debe corresponsabilizarse en el seguimiento de los eventuales acuerdos a que pudiera llegarse. La propia administración necesita de una organización como la nuestra que denuncie de modo constructivo y civilizado los incumplimientos que puedan darse.
- No puede seguir aceptándose la impunidad de la administración a la hora de vulnerar los pactos a que se llega en los foros legales de negociación. Si bien es cierto que la jurisprudencia solo establece una genérica obligación de legislar en el sentido de lo pactado no puede tampoco asumirse que la única responsabilidad exigible sea la estrictamente política. Debe reforzarse el carácter ineludible y vinculante de los acuerdos con los interlocutores sociales.
- Debe desaparecer la figura de la «Ley de Acompañamiento» a los Presupuestos por el manifiesto abuso a que ha dado lugar. En los límites de una legalidad que permite esta actividad fraudulenta se han modificado normas de todo tipo con el fin de deshacer con nocturnidad lo que tanto había costado negociar a la luz del día. La confianza de los profesionales nunca se restablecerá ante tal situación de inseguridad jurídica.

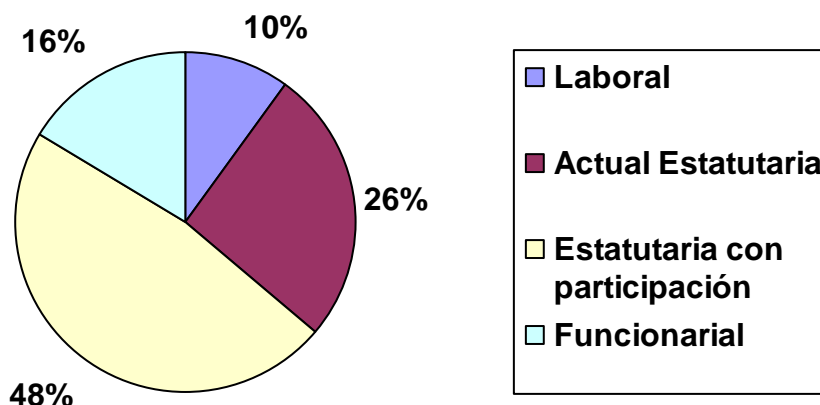
7.- LA GESTIÓN SANITARIA

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud, una vez completadas las transferencias autonómicas, constituye un conjunto de Servicios Públicos cuya titularidad corresponde a las Administraciones correspondientes, quedando en manos del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial la fijación de unos mínimos comunes que eviten desequilibrios y garanticen la igualdad en el acceso a las diferentes prestaciones.

CESM-CV se identifica con los valores democráticos apoyando sin reservas un modelo sanitario que cumpla con el mandato constitucional. Concebimos la Sanidad Valenciana como el **conjunto de recursos** que la Administración pone a disposición de ciudadanos y profesionales para garantizar el **acceso universal** de los primeros a la protección de la salud y la **libertad** de los segundos en el ejercicio de sus funciones. Ello exige, en nuestro ámbito, la existencia de una red central de gestión pública sobre la que pivote el conjunto del sistema.

A la pregunta «¿Qué tipo de relación contractual consideras más adecuada para un **médico**» hemos obtenido un 88% de respuestas válidas. De entre los que responden a la cuestión planteada, el **74%** opta claramente por un vínculo de tipo **estatutario** y un 48% desea además que su relación conlleve participación en la gestión. Un 16% se inclina por una relación funcional y solo un 10% apuesta por laboralizarse.

Relación Contractual Preferida



Relación Contractual

Contrato Laboral	44
Estatutaria como la actual	116
Estatutaria con participación en la gestión	210
Funcionarial	72
RESPUESTAS	442
NS/NC	58
TOTAL	500

En la Comunidad Valenciana, la inmensa mayoría de los médicos ejercemos nuestra profesión en centros cuya titularidad, financiación y gestión son fundamentalmente públicas, junto a algunos con fórmulas especiales o mixtas. Por esa razón la vinculación del médico valenciano con el sistema sanitario es mayoritariamente de tipo estatutario, contemplándose otras situaciones (contratos de acúmulo de tareas, de formación, eventuales o de refuerzo) como meramente transitorias. Este modelo es socialmente reconocido como propio y valorado positivamente tanto por los profesionales como por los usuarios.

Desde la aprobación del Estatuto Marco Básico ha quedado clarificado normativamente lo que la jurisprudencia ya venía defendiendo en cuanto a la definición de la vinculación estatutaria del médico como una **relación funcionarial especial**. Los médicos estatutarios *son funcionarios* a todos los efectos (aunque en algunos aspectos estarán a lo dispuesto por su propio Estatuto). ¿Por qué se opta en su momento por este régimen y en qué se diferencia del previsto para el resto de los trabajadores españoles?.

- Los funcionarios (los médicos estatutarios lo son) ocupan una **plaza en propiedad** de la que solo pueden ser apartados mediante expedientes de larga y difícil tramitación. La seguridad en el empleo resulta muy elevada y, con ello, queda garantizada, en principio, la **independencia** del acto médico y la **libertad** de los profesionales en sus juicios diagnósticos y sus decisiones terapéuticas. El acceso a una plaza estatutaria requiere la superación de un concurso-oposición que respete los principios de igualdad, mérito y capacidad. El sistema retributivo es cerrado, rígido y poco motivador.

- Los asalariados sometidos al Estatuto de los Trabajadores pueden optar como máximo a un **contrato indefinido** (mal denominado «fijo»). El despido es en nuestro país actualmente libre en el régimen laboral dado que, aunque pueda ser considerado judicialmente improcedente, corresponde al empresario decidir si readmite al trabajador o bien mantiene su despido a cambio de una mera indemnización no excesivamente gravosa. Como contrapartida, la contratación es asimismo libre y solo depende de la voluntad del empleador. En cuanto a las retribuciones, suelen regularse mediante un Convenio Colectivo no existiendo limitaciones en sus conceptos ni cuantías.

No es extraño pues que solo un 10% de los médicos prefiera un contrato laboral a otro tipo de vínculo más estable. Y aunque la relación laboral pudiera aportar mayores retribuciones la práctica muestra que ello no es así (sino más bien al contrario) y así parece entenderlo el 90% de los facultativos.

Pese a todo lo anterior los médicos valencianos observamos con preocupación la ineficiencia generada por un modelo de gestión anquilosado y rígido que, no por público sino por burocratizante, asfixia el desarrollo de nuestra sanidad, coarta la iniciativa y la promoción profesional y niega en la práctica la libertad de los ciudadanos. La aparente respuesta de nuestra administración autonómica a estos problemas se centra en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. La Agencia Valenciana de la Salud es la responsable de que:

«...la gestión y administración de los centros pueda llevarse a cabo directa o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose además establecer acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas.»

Es decir, se prefigura un escenario con multitud de fórmulas de gestión que, evidentemente, conllevarían asimismo una multiplicidad paralela de relaciones contractuales para los médicos. A ello se añade la discutible sustitución de las actuales Áreas de Salud por Departamentos con asignación capitativa lo que puede abocar al rechazo-derivación de los pacientes con patologías más costosas.

Para CESM-CV la atención prestada en los centros de gestión pública puede y debe ser **complementada** con la concertación de servicios, sea cual sea su titularidad, siempre que ello resulte necesario y no ponga en riesgo el carácter básicamente público del sistema ni la universalidad de sus prestaciones.

Pero, más allá de las buenas intenciones, lo que se logra con el sistema de **concesiones administrativas** es desestructurar el sistema sanitario, sin respetar el marco estatutario de los profesionales, desvertebrando la negociación colectiva, lesionando las bases de la libertad sindical y sin garantías reales de calidad para el usuario. Como una mancha de aceite, en pocos años, el conjunto de la sanidad valenciana podría estar en manos de las grandes empresas privadas del sector. Con financiación y titularidad públicas, obviamente, pero gestionada, como una inmensa *subcontrata*, por las grandes aseguradoras. La extensión del modelo aplicado en el Hospital de la Ribera a un número creciente de centros (Denia, Torrevieja y varias instituciones previstas en el plan «*Construyendo Salud*») constituye un serio problema y siembra el futuro de incógnitas aun cuando pueda parecer un medio para reducir costes a muy corto plazo.

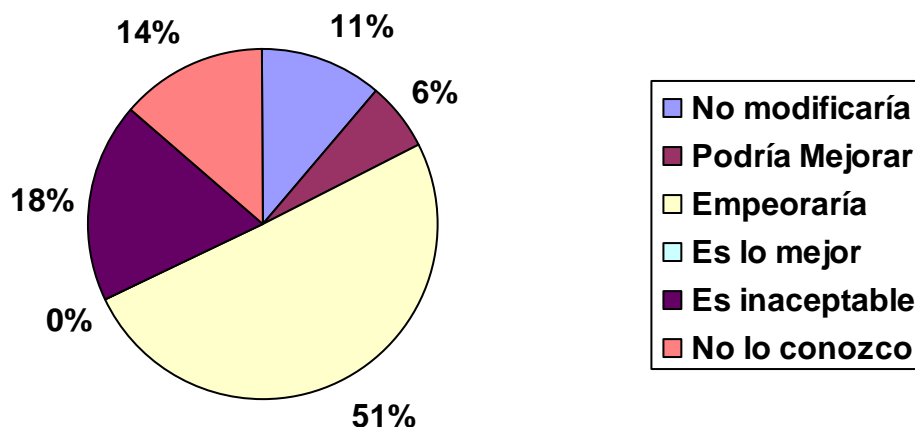
La preocupación generada se refleja en las respuestas a la pregunta «¿**Crees que el modelo ALCIRA de gestión privada te afectaría si fuese aplicado en tu ÁREA?**». Y pocas veces algo relacionado con la administración de los recursos sanitarios, un tema habitualmente considerado ajeno al ejercicio cotidiano, ha concitado tanta oposición entre los profesionales que se posicionan al respecto.

Valoración del modelo «ALCIRA»

Creo que no modificaría mi situación	48
Creo que podría mejorar mi situación	26
Creo que empeoraría mi situación	212
Creo que es lo mejor para los médicos	0
Creo que es un modelo inaceptable	78
No conozco este modelo de gestión	58
RESPUESTAS	422
NS/NC	78
TOTAL	500

Un 51% responde que la aplicación del modelo de concesión administrativa empeoraría su situación y el 18% lo considera en todo caso un modelo inaceptable. En conjunto, el rechazo sin matices abarca al **69%** de los facultativos. Pero es más significativo que ninguna respuesta apunte a la posibilidad de que pueda ser lo mejor para los médicos y solo un 6% opine que podría mejorar su situación. El 14% declara no conocer este tipo de gestión sanitaria y un 11% cree que su situación profesional no se vería modificada.

% sobre respuestas



La línea que conduce a la generalización de las concesiones administrativas no resiste, pese a que se ha afirmado, comparación alguna con la situación vigente en Cataluña, donde coexisten, desde siempre, dos modelos de gestión en el marco de un único sistema sanitario de utilización pública y universal. Junto a los centros dependientes del Instituto Catalán de la Salud funciona una Red de Hospitales en cuyas manos se sectoriza mediante concierto la asistencia sanitaria en su ámbito. Las diferencias retributivas y laborales se inclinan a favor de los facultativos estatutarios (esa dicotomía dio lugar a la existencia de dos organizaciones sindicales médicas que solo recientemente han alcanzado la unidad orgánica). Pero lo que en Cataluña es punto de partida (objeto de discusión para introducir instrumentos de mayor cohesión) en nuestro caso pretende presentarse como punto de llegada mediante la ruptura de la unidad de gestión existente. Porque no es lo mismo colaborar con un sector sanitario privado preexistente que privatizar parcelas del sector público. Y una cosa es **concertar** con quienes asumen riesgos empresariales y otra **ceder** la sanidad a grupos privados con garantía absoluta de rentabilidad a expensas del erario público.

Creemos que nuestros responsables sanitarios se equivocan privilegiando erróneamente la idea de gestión privada frente a la de gestión pública. Porque lo que resulta absolutamente incompatible con una sanidad ágil, moderna y eficiente es su gestión, tanto burocrático-política como tecnocrático-empresarial. Y el único antídoto frente a ellas es la **gestión sanitaria profesional**, participativa, bajo control democrático, y a la que, incomprensiblemente, parece tenersele miedo. Y, por supuesto, dentro del marco estatutario de vinculación de los facultativos, dado que lo contrario, como ocurre en las **empresas públicas sanitarias** promovidas por la Junta de Andalucía, conduce a la pérdida de la libertad profesional y hace depender la estabilidad laboral de la sumisión a intereses ajenos a la relación médico-enfermo.

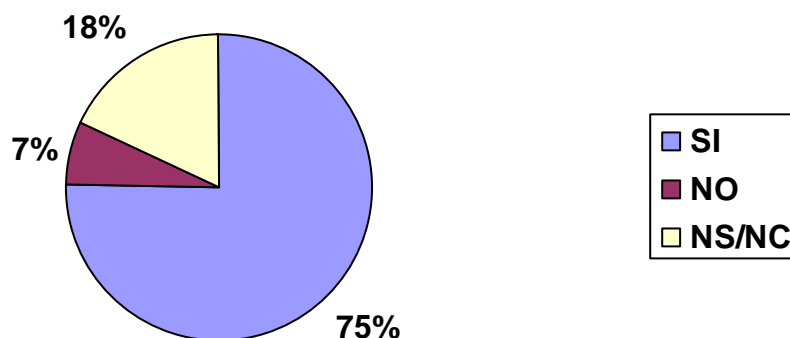
Dado que el modelo de gestión que propone el Sindicato Médico (CESM-CV) requiere de la participación activa de todos los profesionales hemos formulado también la siguiente pregunta: «¿Estarías de acuerdo con la creación de Juntas Facultativas que pudieran transmitir los problemas a nivel de Área?».

Las Juntas Facultativas no son algo nuevo pero se encuentran desactivadas en casi la totalidad del territorio español siendo sustituidas por las inoperantes «juntas de hospital» (en las que los médicos ven diluido su protagonismo). Conceptualmente, se definen como órganos colegiados de participación profesional, dependientes de la Dirección Médica y formadas únicamente por representantes del personal facultativo. Desde CESM-CV se ha propugnado la reforma y revitalización de las Juntas Facultativas aunque sin éxito por el momento dadas las presiones ejercidas en contra por parte de los sindicatos de clase.

Valoración de las Juntas Facultativas

SI	376
NO	34
RESPUESTAS	410
NS/NC	90
TOTAL	500

% sobre encuestados



Un mayoritario **75%** de los encuestados desea participar en la gestión sanitaria a través de Juntas Facultativas lo que contrasta con el 48% que se pronunciaba en parecido sentido a la hora de definir el modelo contractual preferido. En este caso, al realizarse la pregunta de modo directo y sin relación con otras cuestiones, se obtiene un resultado más rotundo. Además, el 90% de los que responden afirmativamente se decantaban por un vínculo de tipo estatutario en su momento y solo un 2% lo hacía por un contrato laboral.

En este punto también resulta más factible organizar la participación de los médicos en el marco estatutario que en el régimen laboral ordinario, dado que el primero incluye expresamente tal posibilidad. Sin embargo el Estatuto de los Trabajadores no obliga a ceder ninguna capacidad de gestión en otras manos que no sean las empresariales.

RESPUESTA SINDICAL

- La base de las nuevas formas de gestión en el sistema sanitario debe establecerse en torno a la participación de los profesionales. Optamos por un **sistema de cogestión** dónde los médicos estemos representados, no por nuestro número, sino por **el papel estratégico que desempeñamos**, lo que exige diferenciar claramente entre la idea de **profesional sanitario**, como elemento central, y la de **trabajador de apoyo**. Por su parte, el ejercicio profesional de los facultativos debe tener carácter **autónomo** en el marco de cada Servicio, Unidad o Equipo. La **descentralización** y la **autonomía** deberían ser pilares fundamentales en la gestión de unos recursos sanitarios bien coordinados.
- Todo usuario de la **Sanidad Pública** debe gozar de **libertad** para escoger médico y/o centro sanitario y éstos últimos motivar su eventual rechazo, contando ambas partes con garantías sobre sus derechos constitucionales. La **desburocratización** de la relación médico-enfermo llevaría aparejada la disponibilidad del profesional para organizar su propia agenda y verse estimulado en función de la calidad de sus actos médicos (Carrera Profesional) y la actividad efectivamente desplegada (Productividad). El objetivo fundamental sería la reducción radical **de las listas de espera**, la dignificación social y retributiva del médico, y el restablecimiento de la **confianza mutua** entre éste y sus pacientes, lo que reforzaría a su vez la credibilidad del Sistema Sanitario en su conjunto.
- Con el fin de reconocer en la práctica la función estratégica que para el sistema sanitario público representan los profesionales e incorporarlos a la gestión de los procesos que les son propios deben crearse **Juntas Facultativas** como órganos colegiados de participación del personal facultativo en la **dirección médica** de los **Departamentos de Salud**. Como en Andalucía, ello no impediría la existencia simultánea de Juntas de Enfermería con sus propias funciones y responsabilidades.
- Deberían ser **funciones de las Juntas Facultativas** básicamente las de consulta y asesoramiento a las Direcciones Médicas y Direcciones de Departamento en la planificación de la asistencia clínica. Asimismo, deberían velar por la calidad de la asistencia y promover la docencia y la investigación.
- La Junta Facultativa poseería capacidad de **propuesta vinculante** (mediante las tradicionales «ternas») para la elección de los cargos médicos que actualmente son de libre designación. También, en su caso, para proponer de modo razonado la destitución de los anteriores.

8.- EL SINDICALISMO MÉDICO

Los médicos constituimos una profesión muy bien definida que prestamos un servicio público esencial a la sociedad. En un marco de relaciones laborales rígidas y cerradas como las españolas cualquier administración podría percibir nuestra realidad de varios modos y reaccionar en consonancia:

- El médico como trabajador asalariado con los mismos derechos, deberes y responsabilidades genéricas que el resto del personal al servicio de las instituciones sanitarias. Los sindicatos de clase suelen defender esta idea y, curiosamente, también algunas organizaciones profesionales parecen desear que el médico se integre definitivamente en un esquema de proletarización pura y dura al plantear obsesivamente y de modo casi exclusivo el tema de la jornada laboral y su regulación igualitaria con la de las demás categorías.
- El médico como profesional singular cuya responsabilidad y carácter estratégico en el Sistema Sanitario requiere de una respuesta específica de implicación en la gestión. Esto último conllevaría necesariamente una dignificación social y retributiva junto a una flexibilización del concepto de «jornada laboral» redirigido hacia el ejercicio profesional autónomo. Este debería ser nuestro planteamiento porque responde objetivamente a la posición que los facultativos ocupamos.
- El médico como un «diferente» tratado como un «igual». Esta es la realidad actual, la concepción de todos los gobiernos desde el surgimiento del Instituto Nacional de Previsión, la que ha dado lugar al Estatuto Marco Básico y la que se percibe como radicalmente injusta por el colectivo. Porque su máxima no puede ser más perversa: **igualdad** en sistema retributivo, régimen de sanciones, nula participación, control horario, etc, pero **discriminación** a la hora de cuantificar la responsabilidad, a la hora de exigir absoluta implicación con el sistema y también para fijar la jornada laboral anual máxima. Tenemos así unos facultativos mal retribuidos a los que podemos retribuir aún peor si les obligamos a «complementar» su jornada mediante las «guardias-trampa». En definitiva, tenemos «obreros» con titulación superior a muy bajo coste.

Para la mayoría de los médicos valencianos no resulta inmediatamente evidente la necesidad de agruparse en organizaciones sindicales. Y, sin embargo, el perfil medio del médico destinatario de un mensaje sindical es el de un profesional que trabaja básicamente en régimen asalariado, al que no compensa intentar cambiar a un modelo de ejercicio liberal, que ejerce en centros sanitarios fundamentalmente públicos y se encuentra sometido a las contradicciones derivadas de los problemas y limitaciones que ello conlleva. Los médicos se sindicarán por su condición de asalariados no en tanto profesionales colegiados a los que se presupongan intereses comunes al margen de su relación laboral. Un médico empresario o político-gestor no será pues de entrada un compañero sino un potencial adversario.

Una vez ubicada la idea del papel del médico en clave de colectivo profesional asalariado y, por lo tanto, adquirida la suficiente autoconciencia laboral, quedan por analizar las correcciones necesarias a introducir en el sistema sanitario para salvaguardar lo que de peculiar y específico aportamos. Es la fase de **reivindicación**. Ante la despersonalización deberemos proponer actuaciones dirigidas a la individualización de la participación y la mejora del ambiente laboral mediante la introducción, entre otras, de técnicas de dinámica de grupos. Ello se traduciría en la posibilidad de aplicar individualizadamente incentivos y motivaciones razonables. Frente a la imposición burocrática de los objetivos defenderíamos la cogestión como nuevo marco de relación médico-enfermo y la participación del médico a todos los niveles como motor del sistema. A la ausencia de autonomía económica responderíamos con propuestas de mejora retributiva y desarrollo de una carrera profesional digna de tal nombre. Y así, sucesivamente, hasta que nuestro sindicalismo sea considerado como una opción natural por parte de los médicos y una realidad a respetar por nuestros gobernantes.

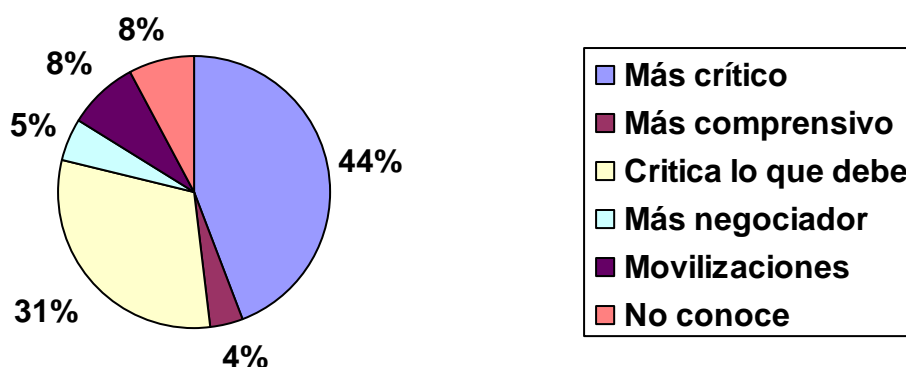
Nuestro colectivo debe elaborar propuestas de solución y progreso que den lugar a una adecuada **respuesta sindical**. Respuesta, además, necesariamente autónoma. En primer lugar, porque la evolución del mercado de trabajo ha convertido en obsoleta la idea de que pueda existir una única clase trabajadora que se proyecte de modo natural en un sindicalismo homogeneizante. Y, en segundo lugar, porque la posición minoritaria del personal facultativo en el magma del conjunto de los trabajadores al servicio del sistema sanitario hace inviable toda posibilidad de representación en el marco de una organización «generalista». El sindicalismo profesional surge tras el fracaso de las organizaciones tradicionales para encuadrar en su seno a las clases medias trabajadoras. No es corporativista porque no abusa de privilegios, aunque si corporativo porque se centra en la defensa de colectivos concretos habitualmente ignorados. No es insolidario, porque no niega los derechos de nadie, aunque si denuncia la demagogia de quienes persiguen enfrentar a unos trabajadores con otros en función de su cualificación profesional.

Medicina Salarizada	Medicina Liberal
Conciencia de «colectivo laboral»	Conciencia de «clase médica»
Trabajo en Grupo / Dilución del «acto médico»	Individualismo / «acto médico» inmediatamente perceptible
Dificultades para la individualización del reconocimiento	Reconocimiento personal por parte del paciente
Representatividad Sindical	Representatividad Colegial
Objetivos impuestos o Gestión grupal de objetivos	Plena autogestión de objetivos individuales
Retribución en concepto de «salario»	Retribución en concepto de «honorarios»

Pero, ¿cómo nos ven los médicos valencianos? Es evidente que sin una aproximación al sindicalismo moderno los profesionales carecerán de instrumentos adecuados para defender sus intereses. Pero también es cierto que nuestra organización debe ser consciente de la realidad del colectivo a quien pretende representar y ésta no siempre responderá a los habituales estereotipos.

A la pregunta «¿Consideras que nuestro Sindicato debería ser más crítico con la administración valenciana?» un 44% de las respuestas son afirmativas aunque le sigue un importante 31% que considera que CESM-CV manifiesta su independencia criticando solo cuando debe hacerlo. Apenas un 4% piensa que deberíamos ser más comprensivos con nuestros responsables sanitarios, cifra casi idéntica al 5% que nos invita a mantener una postura más negociadora. Por último un escaso 8% cree que deberían convocarse movilizaciones contra la Consellería y otro 8% declara no conocer a nuestro Sindicato.

El Sindicato debe ser...



En principio parece confirmarse la tremenda desconfianza existente frente a la administración pues tan solo un 9% de los que responden se inclina hacia posiciones más conciliadoras que las actuales. Sin embargo, el estímulo a mantener o incrementar nuestro nivel de crítica (75%) no se asocia con la predisposición hacia las movilizaciones (8%) lo cual habla a favor de la responsabilidad de los médicos.

Hay que decir aquí que CESM-CV no es una fuerza sindical con vocación estratégica de confrontación sino que persigue la máxima utilidad y considera, por ello, que la negociación es el instrumento óptimo para mejorar las condiciones de ejercicio de los profesionales médicos. Sin dejar de ejercer permanentemente la crítica, en un marco de responsabilidad, no podemos hacer de ella un instrumento manipulador, distorsionado y demagógico de relación con los poderes públicos. Nuestra independencia se basa en unos principios que no están nunca en venta pero también en una flexibilidad que facilite el necesario diálogo.

Nivel de crítica deseada frente a la administración

Debería ser más crítico con la administración	192
Debería ser más comprensivo con la administración	18
Manifiesta su independencia criticando cuando debe	134
Debería mantener una postura más negociadora	22
Debería convocar movilizaciones contra la Consellería	36
No conozco este sindicato	34
RESPUESTAS	436
NS/NC	64
TOTAL	500

Otro aspecto fundamental para un sindicato profesional es la política de alianzas dado que el nivel general de representatividad logrado por las organizaciones de clase resulta difícil de alcanzar en el marco de la actual legislación. Por esa razón, en tanto no exista un marco específico de negociación para los facultativos valencianos y/o subsista la división sindical médica alentada desde el SIMAP deberemos plantearnos cómo hacer sentir nuestra presencia en los órganos legales de representación.

Tradicionalmente CESM se ha presentado a las elecciones sindicales, en casi todas las Comunidades Autónomas, en coalición con el Sindicato de Enfermería (SATSE) formando la Convergencia Estatal de Médicos y ATS de España (CEMSATSE). Esta relación presenta ventajas, pero también inconvenientes bastante obvios:

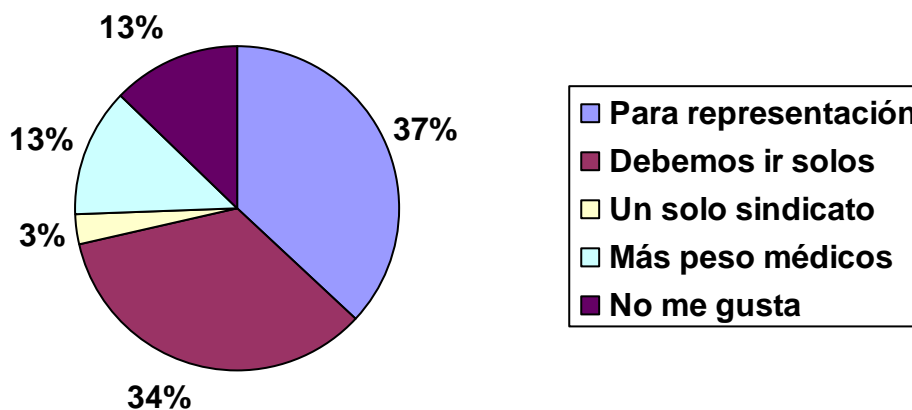
- A través de CEMSATSE los intereses de los médicos pueden estar representados holgadamente en la Mesa Sectorial de Sanidad pero, sobre todo, pueden llegar hasta los foros generales de la función pública. Se trata de una razón de peso para seguir abogando por el mantenimiento de la coalición. Una eventual ruptura de CEMSATSE impediría que ninguna de las dos fuerzas por si sola pudiera alcanzar representación en la Mesa de la Función Pública.
- En CEMSATSE el carácter profesional e independiente de nuestro sindicalismo aparece desdibujado, restando a los médicos protagonismo como colectivo (tienen su sindicato pero éste no se presenta como tal a las elecciones sindicales). La tendencia (que pretendíamos invertir) a considerar al médico como un trabajador más y a valorar su mera importancia cuantitativa sin atender a su peso estratégico se reproduce en la coalición. Por ello las listas electorales las encabeza casi siempre un ATS-DUE (pensando, no en su idoneidad de cara a los resultados, sino en el peso numérico de la enfermería frente al del personal facultativo).

Hemos pretendido conocer la opinión de los médicos acerca de nuestra política de alianzas mediante la pregunta: «**Con respecto a CEMSATSE consideras...**» que ha sido respondida por 406 encuestados sobre 500 lo que representa un porcentaje aproximado del 81%.

Con respecto a CEMSATSE

Es una coalición que funciona bien para tener representación	150
Los médicos deberíamos ir solos a las elecciones sindicales	140
Debería convertirse en un único sindicato de médicos y ATS	12
Debe mantenerse pero con mayor peso de los médicos	52
Ir en coalición con los ATS es lo que menos me gusta de CESM-CV	52
RESPUESTAS	406
NS/NC	94
TOTAL	500

% sobre respuestas



Resulta asombrosa la poca distancia existente entre los que opinan que CEMSATSE es una coalición útil (**37%**) para obtener representación (lo que hasta ahora ha venido siendo cierto pese a que muchos compañeros lo ignoren) y los que, simple y llanamente, apuestan porque los médicos se presenten solos a las elecciones sindicales (**34%**). Mientras tanto, solo un simbólico 3% se decanta por mayores niveles de integración y prefiere un único sindicato que agrupe a médicos y enfermería.

También es significativo el empate entre los que creen que la coalición debe mantenerse pero con mayor peso del sindicalismo médico en su seno (13%) y los que afirman que la coalición con la enfermería es lo que menos les gusta de CESM-CV (13%).

- Parece, en primer lugar, que **no más de un 53%** de los médicos que responden a la pregunta valora positivamente CEMSATSE como marco de mediación electoral, contando tanto a los que consideran útil la coalición como a los que creen que debe mantenerse aunque con mayor peso médico. Es un porcentaje relativamente bajo (si pensamos que incluye al 3% que aún considera la fórmula poco integradora y apuesta por una fusión sindical).
- El **47%** de los médicos no tienen una buena imagen de CEMSATSE pues, o bien se decantan por candidaturas electorales formadas exclusivamente por médicos (34%) o bien reconocen que la coalición es lo que menos les gusta de la estrategia propuesta por nuestro Sindicato Médico (13%).

RESPUESTA SINDICAL

- Si CEMSATSE quiere tener algún futuro en la Comunidad Valenciana, dada la presencia de organizaciones médicas que cuestionan la representatividad de CESH-CV, debe reforzar la presencia de su sección médica. La ubicación de facultativos en las cabezas de lista no solo no restaría votos procedentes de la enfermería sino que reforzaría la identificación de las dos profesiones con la coalición.
- Fortalecer CEMSATSE y garantizar su supervivencia supone en estos momentos dotar de mayor autonomía a sus sindicatos integrantes dentro de un margen de cohesión razonable. Tanto el médico como el ATS-DUE debe pensar, al depositar su voto, que apuesta por su profesión y debe percibirla en las listas presentadas.
- Debe dotarse a todas las sedes y tablones sindicales de una imagen más plural. Porque la realidad es que en los centros existen locales que se perciben como exclusivos de SATSE y que nadie identifica con un Sindicato Médico. Tanto en la estética, como en las formas y el personal con crédito horario asignado para atenderlas, deben homogeneizarse criterios que tengan en cuenta los intereses de la coalición y no atiendan solamente a un reparto de parcelas de poder.
- Desde CESH-CV debemos realizar un esfuerzo adicional para que ese 47% de los facultativos que ven con desconfianza a CEMSATSE comprenda las razones por las cuales debe mantenerse la coalición entre ambos sindicatos profesionales. No podemos olvidar que la ignorancia es común en materias relacionadas con la legislación vigente de órganos de representación en el sector público.
- Nuestro sindicato debe realizar un llamamiento a la unidad sindical de todos los médicos para no perder ninguna posibilidad de influir en las decisiones que nos afectan. Independientemente de la respuesta que recibamos, nunca debe poder decirse que fuimos nosotros los que elegimos la división y el enfrentamiento. Al fin y al cabo, si nos equivocamos en muchas ocasiones, es porque estábamos y seguimos estando en la brecha y, además, nunca han barrido el polvo los que temen ensuciarse. Modificar la realidad (no limitarse a denunciarla) supone implicarse con responsabilidad, bajar al ruedo y no temer las críticas del público ante una ocasional mala actuación.

ANEXO I

(ENCUESTA DE CESM-CV A LOS MÉDICOS VALENCIANOS REALIZADA DE ENERO A MARZO DE 2005).

1.- ¿Cómo valoras tu salario actual?.

- Es muy bajo para mi categoría profesional
- Es bajo para mi categoría profesional
- Está en consonancia con mi categoría profesional
- Es alto para mi categoría profesional
- Es muy elevado para mi categoría profesional

2.- Puntúa por orden tus preferencias a la hora de ser retribuido.

- Incremento lineal de las retribuciones
- Carrera Profesional
- Productividad
- Pago por acto médico
- Prolongación de jornada
- Guardias Médicas

3.- Puntúa por orden cómo crees que piensa la Consellería retribuirte en un futuro.

- Incremento lineal de las retribuciones
- Carrera Profesional
- Productividad
- Pago por acto médico
- Prolongación de jornada
- Guardias Médicas
- No creo que la Consellería piense en incrementar mis retribuciones

4.- Puntúa por orden aquello que para ti es hoy en día prioritario en tu profesión.

- Tiempo Libre
- Dinero
- Reconocimiento Social
- Posibilidad de investigar
- Contacto personal con el paciente
- Formación

5.- ¿Qué tipo de relación contractual consideras más adecuada para un médico?.

- Contrato Laboral
- Estatutaria como la actual
- Estatutaria con participación en la gestión
- Funcionarial

6.- ¿Crees que el modelo ALCIRA de gestión privada te afectaría si fuese aplicado en tu ÁREA?.

- Creo que no modificaría mi situación
- Creo que podría mejorar mi situación
- Creo que empeoraría mi situación
- Creo que es lo mejor para los médicos
- Creo que es un modelo inaceptable
- No conozco este modelo de gestión

7.- ¿Qué frase de las siguientes consideras más acertada?.

- El médico debe jubilarse forzosamente a los 65 años
- El médico debe poder trabajar hasta los 70 años
- Lo más importante es poder jubilarse a los 60 años
- Cada médico debe poder decidir si adelanta o atrasa su jubilación
- La jubilación del médico es un tema que no me interesa

8.- Con respecto a CESM-CV consideras que nuestro Sindicato Médico:

- Debería ser más crítico con la administración valenciana
- Debería ser más comprensivo con la administración
- Manifiesta su independencia criticando cuando debe
- Debería mantener una postura más negociadora
- Debería convocar movilizaciones contra la Consellería
- No conozco este Sindicato

9.- Con respecto a CEMSATSE (coalición de médicos y ATS-DUEs) consideras:

- Es una coalición electoral que funciona bien para tener representación
- Los médicos deberíamos presentarnos solos a las elecciones sindicales
- Debería convertirse en un sindicato único de médicos y ATS
- Debe mantenerse pero con mayor peso de los médicos
- Ir en coalición con los ATS es lo que menos me gusta de CESM-CV

10.- Piensas que la libranza de las guardias en la Comunidad Valenciana se debe a:

- Una sentencia de los tribunales europeos
- Una negociación de la Consellería con el SIMAP
- Un gesto de la Consellería con sus médicos
- Unos acuerdos negociados por CESM-CV
- El Estatuto Marco

11.- ¿Cómo valoras la actitud de la Administración sanitaria en relación contigo y tus problemas?.

- Muy prepotente y no escucha mis problemas
- Prepotente pero a veces escucha
- Escucha mis problemas
- Escucha mis problemas e intenta solucionarlos
- Es una relación perfecta

12.- ¿Crees que la frase de la Administración «escuchamos a los profesionales» es verdad?.

- SI
- NO
- NS/NC

13.- ¿Estarías de acuerdo con la creación de Juntas Facultativas (compuestas sólo por facultativos) que pudieran transmitir los problemas a nivel de área?

- SI
- NO
- NS/NC

14.- ¿Cómo piensas que debe retribuirse la Carrera Profesional?

- Experiencia profesional en el trabajo
- Cursos, Congresos, publicaciones...
- Antigüedad como experiencia
- Objetivos de la Administración
- De modo parecido a la productividad

15.- ¿Conoces la propuesta de Carrera Profesional aceptada por la Consellería en Julio de 2002?

- SI
- NO

ANEXO II

(CARRERA PROFESIONAL PRESENTADA POR LA CONSELLERÍA DE SANIDAD EN MARZO DE 2002, RATIFICADA EL 4 DE JULIO DEL MISMO AÑO Y RETIRADA UNILATERALMENTE A FINALES DE DICHO MES).

DECRETO .../2002 DEL CONSELL DE LA GENERALITAT VALENCIANA DE CARRERA PROFESIONAL EN EL AMBITO DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Consellería de Sanitat es el Órgano directivo de la Generalidad Valenciana que debe garantizar la provisión de servicios de salud a los ciudadanos en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Actualmente, en el marco de la política sanitaria Valenciana se han definido diferentes planes sectoriales entre ellos el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, el Plan de Humanización, el Plan de Objetivos y Medidas en materia de uso racional de medicamentos, así como la habilitación de diferentes instrumentos gestores a destacar los contratos de gestión clínica que permitan progresivamente a los cuadros intermedios de la Consellería de Sanitat, ejercer una función gestora frente a la clásica función administradora.

La implicación, la participación y la corresponsabilización de los profesionales de sanidad, a todos los niveles, es fundamental para gestionar un sistema sanitario que tenga como objetivo básico la calidad en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y la población. La adopción de objetivos en materia de salud, no debe olvidar las peculiaridades que rodean a una organización sanitaria, que no solo puede ser valorada mediante un balance de resultados propiamente dicho, pero que a su vez debe observar el mandato constitucional enunciado en el Artículo 103 de la Constitución sobre uso eficaz y eficiente de los recursos públicos. Los esfuerzos de la Consellería de Sanitat deben centrarse en la provisión de servicios sanitarios, dando cobertura a las prestaciones enumeradas en el Real Decreto 63/11995 de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud con unos niveles elevados de calidad y eficiencia.

La Consellería de Sanitat debe rentabilizar al máximo la jornada laboral, adaptando la misma en los casos oportunos y en último lugar mejorando la calidad de los mismos mediante formación e investigación. El adecuado funcionamiento de un sistema sanitario requiere disponer, al igual que en el resto de las organizaciones, de sistemas de promoción que estimulen el esfuerzo y la consecución de los objetivos profesionales.

Un diseño adecuado de un sistema de promoción debe contemplar el tiempo y la dedicación a largo plazo mediante una carrera profesional estructurada y el logro de las metas y objetivos señalados en cada momento para conseguir maximizar la mejora de la salud de la población.

La carrera profesional no debe ser la recolección de una serie de puntos reglamentarios en el currículum profesional, obtenidos mediante cursos y congresos que pueden tener que ver o no con las necesidades del sistema sanitario sino con la participación activa y protagonista de procesos de garantía y mejora continua del sistema en el que la aplicación del contenido de la formación continuada de los profesionales favorezcan la mejor prestación del servicio y de la organización. La carrera profesional viene explicitada en el establecimiento de unos niveles, rendimientos profesionales y grados de implicación para otorgar individualmente un reconocimiento objetivo a la trayectoria profesional.

Para articular y desarrollar la política sanitaria en materia de carrera profesional, se crea la Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional, de tal manera que se impulse una cultura organizacional específica en esta materia en la Consellería de Sanitat y que permita mejorar la política en materia de recursos humanos y satisfacer las aspiraciones de nuestros profesionales sanitarios, a la vez que se implanta en nuestra organización sanitaria la “gestión del conocimiento” como herramienta efectiva de maximizar el aprendizaje y desempeño de nuestra actividad sanitaria.

CAPITULO I.- DEL SISTEMA DE PROMOCIÓN PROFESIONAL.

Artículo 1 - De los niveles profesionales. Se establece una carrera profesional sanitaria con 6 niveles para el personal sanitario facultativo y no facultativo cuyas retribuciones vienen contempladas en el Real Decreto Ley 3/1987. La jerarquía responde a tres niveles de reconocimiento de esfuerzo, un nivel de excelencia y un último nivel de méritos especiales. La otorgación de grados de implicación profesional dentro de cada nivel se diseña como un proceso reversible anualmente, dependiendo la permanencia en un determinado grado de implicación del cumplimiento de los objetivos anuales. Los niveles que componen la carrera profesional serán:

- 1.1. El nivel de base (N-1) es común para todos los trabajadores del sistema sanitario, llevando aparejados los derechos y complementos retributivos comunes a cada profesión.
- 1.2. Los restantes niveles establecidos son:

Nivel N-2	Especial dedicación
Nivel N-3	Distinguido
Nivel N-4	Experto
Nivel N-5	Excelente
Nivel N-6	Méritos especiales

Artículo 2 - Del acceso a los niveles.

2.1- Para la promoción a niveles superiores se requerirá trabajar dentro de la Consellería de Sanitat con una vinculación estable en régimen estatutario, un mínimo de años de experiencia profesional y se deberán cumplir los requisitos de cumplimiento de actividad asistencial y gestora reflejados en los grados de implicación y complementados con requisitos de formación, docentes e investigadores.

2.2- El acceso a los diferentes niveles será voluntario y por tanto deberá ser solicitado por el interesado en la promoción, tanto para la inclusión en el sistema de carrera profesional como para el cambio de niveles. La solicitud de acceso a la carrera profesional conlleva la aceptación del cambio de modelo retributivo. El acceso al nivel N-6 de “meritos especiales” se realizará a propuesta de terceros (sociedades científicas y/o corporaciones profesionales) y otorgada por los Órganos directivos de la Consellería de Sanitat.

2.3- El “nivel de base N-1” es común para todos los trabajadores del sistema sanitario, llevando aparejados los derechos y complementos retributivos comunes a cada profesión.

2.4- El paso de un nivel a otro conllevará que en el nuevo nivel el grado de implicación descienda en un grado respecto al anterior, y nunca deberá ser inferior al grado de implicación de 0.

2.5- Para acceder al nivel “N-2 de especial dedicación” se requiere haber prestado de manera continuada servicio al sistema de salud durante al menos 6 años en el “nivel de base N-2”, y acreditar alguna o varias de las siguientes contribuciones al mismo:

2.5.1- Obtener un grado de cumplimiento al menos durante tres años.

2.5.2- Participación en los programas de deslizamiento o extensión de jornada que se establezcan.

2.5.3- Participación en los programas de formación continuada.

2.5.4- Participación como colaboradores en trabajos de investigación y publicaciones científicas en las líneas priorizadas por la Consellería de Sanitat.

2.6- Para acceder al nivel “N-3 de distinción” se requiere haber prestado de manera continuada servicio al sistema de salud durante al menos 6 años en nivel “N-2 de especial dedicación”, y acreditar alguna o varias de las siguientes contribuciones al mismo:

2.6.1- Obtener un grado de cumplimiento al menos durante tres años.

2.6.2- Participación en los programas de formación continuada.

2.6.3- Participación como colaboradores en trabajos de investigación y publicaciones científicas en las líneas priorizadas por la Consellería de Sanitat.

2.6.4- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.

2.6.5- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

2.7- Para acceder al nivel “N-4 de experiencia” se requiere haber prestado de manera continuada servicio al sistema de salud durante al menos 6 años en el nivel “N-3 de distinción” y acreditar alguna o varias de las siguientes contribuciones al mismo.

2.7.1- Obtener un grado de cumplimiento al menos durante tres años.

2.7.2- Participación en los programas de formación continuada.

2.7.3- Participación como colaboradores en trabajos de investigación y publicaciones científicas en las líneas priorizadas por la Consellería de Sanitat.

2.7.4- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.

2.7.5- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

2.8- Para acceder al nivel “N-5 de excelencia” se requiere haber prestado de manera continuada servicio al sistema de salud durante al menos 6 años en el nivel “N-4 de experiencia”, y acreditar alguna o varias de las siguientes contribuciones al mismo:

2.8.1- Obtener un grado de cumplimiento al menos durante tres años.

2.8.2- Diseños innovadores de objetivos asistenciales y de promoción y prevención de salud de unidades clínico-asistenciales.

2.8.3- Participación en programas de formación de formadores y liderazgo de la formación continuada.

2.8.4- Dirección de trabajos de investigación y publicaciones científicas en las líneas priorizadas por las Consellería de Sanitat.

2.9- El acceso al nivel “N-6 de méritos especiales” se hará por concesión discrecional de los órganos de dirección de la Consellería de Sanitat para reconocer aquellos méritos que por su carácter excepcional no admiten especificación ni baremación. No obstante su concesión deberá ser informada a los órganos de participación profesional y social. Para su reconocimiento es requisito necesario ostentar el “n-5 de excelencia”.

Artículo 3 - Retribución de los niveles profesionales, grado de implicación y alternativas laborales. La concesión de cada nivel comportará la percepción de un complemento retributivo con dos partes, una fija y una variable. Además será requisito necesario para el acceso a determinadas alternativas y prestaciones laborales.

3.1- Percepciones económicas:

3.1.1. Una parte fija de la retribución se incorporará de manera definitiva a la nómina con expresión en el concepto de “Complemento de Carrera Profesional” (según el nivel alcanzado).

3.1.2 Una parte variable y no consolidable que reconoce la labor continuada en la consecución de los objetivos de la Agencia Valenciana de Salud es el “Grado de implicación Profesional”. Esta parte variable se establecerá como un factor multiplicador aplicable a la consecución de los objetivos anuales sobre la base del complemento de carrera profesional de un determinado nivel. Estas retribuciones no tendrán carácter consolidable y se alcanzan por la consecución de los objetivos anuales, variando en el Grado de implicación en función de los resultados de cada anualidad.

3.2- Tipos de Grados de implicación profesional:

- **Grado de implicación profesional 0:** 0% del complemento específico de carrera profesional de un determinado nivel.
- **Grado de implicación profesional 1:** 25% del complemento específico de carrera profesional de un determinado nivel.
- **Grado de implicación profesional 2:** 50% del complemento específico de carrera profesional de un determinado nivel.
- **Grado de implicación profesional 3:** 75% del complemento específico de carrera profesional de un determinado nivel.
- **Grado de implicación profesional 4:** 100% del complemento específico de carrera profesional de un determinado nivel.

CAPITULO II.- DE LA OFICINA DE VALORACIÓN Y DESARROLLO DE LA CARRERA PROFESIONAL.

Artículo 4 - De la oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional. Para garantizar la adecuada evaluación de sus resultados y contribuir a diseñar estrategias que mejoren el servicio sanitario prestado a los ciudadanos se creará una “Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional”, con dependencia directa de la Subsecretaría de la Agencia Valenciana para la Salud. Las funciones correspondientes a esta Oficina serán las asignadas al Comité de ella dependiente.

Artículo 5 - Comité de Acreditación de Niveles y grados profesionales de la Agencia para la Salud. La acreditación de niveles se realiza sobre el currículo personal valorándose fundamentalmente la experiencia, cumplimiento de objetivos, formación y actividades científicas. Serán funciones de este Comité:

- 1.- Diseñará la normativa de funcionamiento del comité y de las Comisiones de Área de Salud.
- 2.- Definir los parámetros de evaluación y su ponderación.
- 3.- Reconocimiento de los objetivos individuales cumplidos así como de los grados de implicación profesional.
- 4.- Reconocimiento de las actividades profesionales realizadas.
- 5.- Reconocimiento de los conocimientos necesarios para alcanzar niveles.
- 6.- Establecimiento de las líneas de investigación prioritarias por la Consellería de Sanitat.
- 7.- Diseño del plan de gestión de conocimiento en el ámbito de la Consellería de Sanitat.

Artículo 6 - Comisión de Área de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional. En cada Área Sanitaria se constituirá una comisión de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional con participación de la Dirección y representantes de cada una de las carreras profesionales establecidas que deberá impulsar, comunicar y trasladar a la oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional los informes evaluadores de solicitud de cambios de nivel. Sus funciones serán:

- Conocer los objetivos anuales de la Dirección y las unidades clínico-asistenciales y administrativas de su ámbito de influencia pactadas con servicios Centrales.
- Proponer la acreditación de niveles y grados de implicación profesional a la Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional.

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA.

- 1- A la entrada en vigor de este Decreto, se distribuirá, entre los distintos niveles, al personal incluido en su ámbito de aplicación, atendiendo al número de años de servicios prestados en las distintas Administraciones Públicas.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA.

- 1- En el marco de la correcta articulación de los objetivos de la Consellería de Sanitat, la Agencia Valenciana para la Salud, la Dirección General Para la Prestación Farmacéutica, la Dirección General para la Salud Pública y la Dirección General de Atención al Paciente, conformarán sus carteras de servicios en el ámbito de Servicios centrales y Direcciones Territoriales durante el 2002.

Valencia, de 2002
EL CONSELLER DE SANITAT
Serafín Castellano

ANEXO III

(PROYECTO DE CARRERA PROFESIONAL PRESENTADO POR CESM-CV EN ABRIL DE 2005)

PRINCIPIOS DE APLICACIÓN GENERAL

- 1.-** El nivel adquirido en la Carrera y su retribución asociada no serán en ningún caso reversibles.
- 2.-** Implicación de todos los facultativos con vinculación estable en cualquier institución dependiente, directa o indirectamente, de la Agencia Valenciana de la Salud. Ello supone la inclusión de las áreas bajo concesión administrativa, Consorcios, Fundaciones, etc.
- 3.-** Existirá una fase de acoplamiento inicial en la puesta en marcha de la Carrera en la que no serán de aplicación las bases de evaluación que se establezcan. A la entrada en vigor de la Carrera y durante la fase de acoplamiento se distribuirá, entre los distintos niveles, al personal incluido en su ámbito de aplicación, atendiendo al número de años de servicios prestados en las distintas Administraciones Públicas.
- 4.-** Se consolidarán los dos complementos retributivos que se contemplan en las leyes en vigor (Estatuto Marco y LOPS) con carácter no excluyente. Coexistirá por tanto un Complemento de Carrera Profesional (CCP) y el Complemento de Productividad Variable (CPV).
- 5.-** El Complemento de Carrera Profesional (CCP) debe valorar y retribuir exclusivamente la experiencia asistencial, la docencia, la formación continuada, la investigación, la participación en la gestión, etc., todo lo cual redundará en la calidad asistencial.

1. Ámbito de aplicación.

El presente sistema de carrera profesional resulta de aplicación al personal adscrito a las instituciones sanitarias directa o indirectamente gestionados y total o parcialmente dependientes de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

El personal facultativo de cupo y zona y los sanitarios locales integrados en los servicios jerarquizados de asistencia especializada y en los Equipos de Atención Primaria respectivamente, quedarán, a partir del momento e que se produzca su integración, realizando la jornada prevista con carácter general en los mismos, encuadrados en el nivel de carrera profesional que corresponda, considerando los años de permanencia acumulados en servicio a la sociedad como médicos y de conformidad con el sistema de carrera profesional establecido en el presente Reglamento. Igualmente se tendrá en cuenta el tiempo de servicios prestados por los profesionales con nombramientos de guardias/atención continuada cuando se produzca su integración o equiparación.

2. Definición de la carrera profesional.

2.1. Carrera profesional.

Se entiende por carrera profesional de las profesiones sanitarias definidas en la LOPS el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, a niveles superiores, previamente definidos dentro de cada clase o categoría funcional, como reconocimiento económico y administrativo al desarrollo profesional en conocimientos, experiencia, responsabilidad y, por lo tanto, mejor adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales a los objetivos de la Consellería de Sanidad.

La progresión a un nivel superior de la carrera profesional, requerirá un período mínimo de permanencia en el nivel anterior así como la evaluación favorable de los méritos que se establezcan por la Consellería de Sanidad.

El acceso a la carrera se producirá en el momento en que, cumplidos los requisitos legales, se inicie la prestación de servicios del profesional en cualquier institución sanitaria pública valenciana (según el punto 1.1) independientemente del modelo de gestión vigente en dicha institución.

El tiempo de trabajo previamente prestado en cualquier institución sanitaria pública del SNS será tomado en cuenta a los efectos previstos en el párrafo anterior. Asimismo, se promoverá en el Consejo Interterritorial una efectiva homologación de los servicios prestados en cualquier institución sanitaria pública de la Unión Europea.

2.2. Voluntariedad en el acceso.

El acceso a la carrera y a la promoción profesional tiene carácter voluntario y su reconocimiento individualizado en base a una evaluación objetiva y reglada, conlleva la percepción de unos determinados complementos retributivos, conforme a las previsiones de la presente norma.

3. Niveles de la carrera profesional.

Se establece una carrera profesional sanitaria con 5 niveles para el personal profesional sanitario facultativo. La jerarquía responde a tres niveles de reconocimiento de experiencia y

un último nivel de excelencia. Los niveles que componen la carrera profesional son los siguientes:

Nivel N-1.- **MÉDICO ESPECIALISTA**
Nivel N-2.- **ADJUNTO ESPECIALISTA**
Nivel N-3.- **CONSULTOR**
Nivel N-4.- **CONSULTOR CLÍNICO**
Nivel N-5.- **MAESTRO CONSULTOR**

4. Acceso a los niveles.

4.1. Voluntariedad.

El acceso a los diferentes niveles será voluntario y deberá ser solicitado formalmente por el interesado. La solicitud de acceso a la carrera profesional conlleva la aceptación de las retribuciones a ella asociadas. En ningún caso existirá número clausus en la carrera profesional.

4.2. Promoción.

Para la promoción a niveles superiores se requerirá haber permanecido en el nivel anterior el mínimo de años que se establece en cada nivel y haber contribuido al mismo en alguna de las áreas que al efecto se establecen.

4.3 Valoraciones.

Es importante el dejar lo más abierta posible la valoración con una distribución en la comisión de control lo más plural posible y que sean los mismos compañeros del profesional (los que al final tienen que trabajar con él) quienes sean los responsables finales de su promoción.

NIVEL 1

El nivel de base N-1, **MÉDICO ESPECIALISTA** es común para todos los profesionales del sistema sanitario, llevando aparejados los derechos y complementos retributivos comunes a cada profesión.

NIVEL 2

Para acceder al nivel N-2 de **ADJUNTO ESPECIALISTA** se requiere haber prestado de manera continuada servicios durante al menos 5 años en el nivel de base N-1, y acreditar al menos dos de las siguientes contribuciones al mismo:

- Participación en la obtención de los objetivos asistenciales.
- Participación en programas asistenciales especiales.
- Participación en los programas de formación continuada.
- Participación en sesiones clínicas e implicación en el Servicio.
- Participación en la docencia pre y/o postgraduada.
- Participación en trabajos de investigación y publicaciones científicas.

O bien **una** sola de las siguientes:

- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.
- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

NIVEL 3

Para acceder al nivel N-3 de **CONSULTOR** se requiere haber prestado de manera continuada servicios durante al menos 5 años en el nivel N-2 de CONSULTOR, y acreditar al menos **dos** de las siguientes contribuciones al mismo:

- Participación en la obtención de los objetivos asistenciales.
- Participación en programas asistenciales especiales.
- Participación en los programas de formación continuada.
- Participación en sesiones clínicas e implicación en el Servicio.
- Participación en la docencia pre y/o postgraduada.
- Participación en trabajos de investigación y publicaciones científicas.

O bien **una** sola de las siguientes:

- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.
- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

NIVEL 4

Para acceder al nivel N-4 de **CONSULTOR CLÍNICO** se requiere haber prestado de manera continuada servicios durante al menos 5 años en el nivel N-3 de CONSULTOR CLÍNICO y acreditar al menos **dos** de las siguientes contribuciones al mismo:

- Participación en la obtención de los objetivos asistenciales.
- Participación en programas asistenciales especiales.
- Participación en los programas de formación continuada.

- Participación en sesiones clínicas e implicación en el Servicio.
- Participación en la docencia pre y/o postgraduada.
- Participación en trabajos de investigación y publicaciones científicas.

O bien **una** sola de las siguientes:

- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.
- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

NIVEL 5

Para acceder al nivel N-5 de **MAESTRO CONSULTOR** se requiere haber prestado de manera continuada servicios al sistema de salud durante al menos 5 años en el nivel N-4 de **MAESTRO CONSULTOR** y acreditar al menos **dos** de las siguientes contribuciones al mismo:

- Participación en la obtención de los objetivos asistenciales.
- Participación en programas asistenciales especiales.
- Participación en los programas de formación continuada.
- Participación en sesiones clínicas e implicación en el Servicio.
- Participación en la docencia pre y/o postgraduada.
- Participación en trabajos de investigación y publicaciones científicas.
- Participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación.
- Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento, publicaciones, etc.

O bien **una** sola de las siguientes:

- Diseños innovadores de objetivos asistenciales y de promoción y prevención de salud de unidades clínico-asistenciales.
- Participación en programas de formación de formadores y liderazgo de la formación continuada.
- Dirección de trabajos de investigación y publicaciones científicas en las líneas priorizadas por la Consellería de Sanitat.

5. Retribución de los niveles profesionales.

5.1. Percepciones económicas.

Las retribuciones derivadas de la aplicación de la carrera profesional quedan encuadradas en el **Complemento de Carrera Profesional** contemplado por la Ley 55/2003 de 16 de Diciembre que establece el **Estatuto Marco Básico** para los Servicios de Salud.

5.2. Acceso a plazas de dirección o coordinación.

Para acceder a las plazas convocadas de Direcciones de Instituto, Responsables de las Unidades de Gestión Asistencial, Jefaturas de Servicio, Jefaturas de Sección y otras plazas que impliquen dirección o coordinación, así como para el nombramiento de Coordinadores de Equipos de Atención Primaria, se valorará especialmente el nivel de carrera alcanzado.

6. Desarrollo de la Carrera Profesional

6.1. De la Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional

Para garantizar la adecuada evaluación de sus resultados y contribuir a diseñar estrategias que mejoren el servicio sanitario prestado a los ciudadanos se creará una Oficina de Valoración y Desarrollo de la Carrera Profesional, con dependencia directa de la Secretaría Autonómica de la Agencia Valenciana de la Salud. Las funciones correspondientes a esta Oficina serán las asignadas al Comité de ella dependiente.

6.2. Comité de Acreditación de Niveles de la Carrera Profesional

Validará el cumplimiento de las responsabilidades exigido para la promoción a niveles superiores a instancias de las Comisiones de Evaluación. Precisarás de una representación de los Sindicatos pertenecientes a la mesa Sectorial de entre la profesión y, en su caso, especialidad del profesional evaluado.

6.3. Comisión de Evaluación de Área de Salud

En cada Área Sanitaria se constituirán una Comisiones de Evaluación de la Carrera Profesional por cada profesión sanitaria definida en la LOPS, así como por cada especialidad médica en caso de los profesionales médicos.

Se integrarán por un representante de la administración, tres vocales pertenecientes a la profesión o en caso de especialista, especialidad del interesado de entre los que trabajan con él en el área u Hospital y un vocal designado por éste, con voz y voto, de entre los delegados electos presentes en la Junta de Personal o, en su caso, Comité de Empresa, como mínimo de su profesión sanitaria.

El profesional entregará dos cuestionarios estandarizados que valoren la actividad y participación en el servicio durante el período correspondiente, firmado uno por el Jefe/Coordinador de Servicio/Unidad y otro por los demás miembros de la misma profesión del Servicio, Unidad o Equipo. En caso de discrepancia significativa resolvería la Comisión de Evaluación tras solicitar más informes y entrevistar al interesado.

Asimismo, el profesional entregará la documentación que acredite el resto de los méritos que quiera hacer valer para solicitar su promoción. Los medios para acceder a los méritos valorables deben ser accesibles de modo equitativo para todos los componentes de cada grupo

profesional y especialidad. La Comisión de Evaluación tras proceder a la valoración, propondrá al Comité de Acreditación la promoción del interesado al siguiente Nivel de Carrera Profesional.

DISPOSICIONES ADICIONALES

ADICIONAL PRIMERA

1. A la entrada en vigor de este Decreto, se distribuirá, entre los distintos niveles, al personal incluido en su ámbito de aplicación, atendiendo al número de años de servicios prestados en las distintas Administraciones Públicas.
2. No obstante, durante una «fase de acoplamiento» de cuatro años los efectos económicos serán progresivos:
 - Año I: Los profesionales con 5 años o más de servicios prestados percibirán el Complemento del Nivel 2.
 - Año II: Los profesionales con 10 años o más de servicios prestados percibirán el Complemento del Nivel 3. Los profesionales que cumplan 5 años de servicios prestados pasarán a percibir el Complemento del Nivel 2.
 - Año III: Los profesionales con 15 años o más de servicios prestados percibirán el Complemento del Nivel 4. Los profesionales que cumplan 5 o 10 años de servicios prestados pasarán a percibir el Complemento del Nivel 2 o 3 respectivamente.
 - Año IV: Los profesionales con 20 años o más de servicios prestados percibirán el Complemento del Nivel 5. Los profesionales que cumplan 5, 10 o 15 años de servicios prestados pasarán a percibir el Complemento del Nivel 2, 3 o 4 respectivamente.
3. Transcurrida la fase de acoplamiento se pondrán en marcha los mecanismos de evaluación y acreditación previstos en el presente Decreto para el ascenso de niveles dentro de la Carrera Profesional.

RETRIBUCIONES ANUALES (FACULTATIVOS)

Nivel I:	0	€
Nivel II:	5.500	€
Nivel III:	8.500	€
Nivel IV:	11.500	€
Nivel V:	14.500	€

ANEXO IV

(DERECHOS DE LOS MÉDICOS VALENCIANOS)

En 1998 se firma un primer acuerdo que se publica en el DOGV (Diario Oficial de la Generalitat Valenciana). Es la **Orden de 21 de enero de 1999**, modificada por la Orden de 16 de Diciembre de 2000, por la que se regulan las guardias y sus descansos en Atención Especializada, y ello casi dos años antes de la Sentencia del Tribunal de Luxemburgo. El **Decreto 72/2001 de 2 de abril** regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria y extiende a ésta los beneficios ya consolidados en especializada. Por el **Decreto 137/2003 de 18 de julio**, cuyo contenido resulta compatible con la **Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**, se regula la jornada y horario de trabajo del personal al servicio de la Consellería de Sanidad y se declara vigente lo contemplado en las normas citadas con excepción de la hora de inicio de la guardia. Finalmente, el **Acuerdo sobre Mejoras Relativas a la Atención Continuada y Guardias** publicado en el DOGV de 10 de marzo de 2005 reafirma la vigencia de la legislación mencionada y añade nuevos derechos a los ya existentes.

La normativa vigente en nuestra Comunidad, según la legislación **publicada** anterior y que, por tanto, no se limita a instrucciones o circulares internas, pivota en torno a los siguientes derechos básicos:

- El día siguiente a una guardia de presencia física es día de descanso **obligatorio y remunerado (libranza de 24 horas)**, lo que constituye una compensación horaria que complementa la retribución económica de ésta. No se trata, pues, de un aplazamiento recuperable de la jornada laboral, sino de una **exención completa**. Esto queda claro en los artículos 10.1 y 10. 2 del Decreto de jornada así como en la normativa de guardias.
- La guardia realizada en **domingo** da lugar a su descanso posterior de 24 horas **más un día libre adicional que puede adicionarse a las vacaciones anuales** o disfrutarse en otro momento con la aquiescencia del interesado. En el caso de los **festivos**, dan lugar a dicha compensación los correspondientes al 1 y 6 de Enero, 9 de Octubre y 25 de Diciembre. Para no generar discriminaciones es necesario reconocer el derecho a tal compensación para todos los festivos anuales. Los días especiales (24 diciembre, 31 diciembre y víspera de la fiesta local principal) son festivos que también se compensan con otra jornada de descanso cuando no pueden disfrutarse en el propio día.
- Las **vísperas** de festivo no dan lugar a ninguna libranza adicional. Para no generar discriminaciones es necesario reconocer el derecho a tal compensación para todas las vísperas de festivo dado que la salida de guardia coincide con el descanso correspondiente a la jornada ordinaria y no puede solaparse con él.
- Además un tratamiento de las guardias que tenga en cuenta el principio de **equivalencia retributiva** debe contemplar la libranza para todas ellas, incluidos los viernes y las vísperas. En otro caso se daría la paradoja de que la retribución por igual trabajo (asignación económica + compensación horaria) sería menor, por ejemplo, un viernes que un lunes.

- Los **sábados** de guardia dan lugar a la libranza de otro sábado (obviamente de los que corresponda trabajar). **Se reduce pues en 7 horas la jornada ordinaria por cada sábado de guardia.** Esto queda claro tanto en el artículo 2.1 como en la disposición adicional segunda del Decreto de Jornada. Pero en el caso de que no correspondiese trabajar ningún sábado o se excediese el número de sábados susceptibles de soportar la libranza, ésta se deberá desplazar a otro día laborable con el fin de preservar el derecho que se quiere proteger.
- Hay que decir que la obligación de trabajar en sábado no puede ser superior a **un sábado de cada tres** aunque sin sobrepasar las 288 jornadas de 7 horas en 2005. Por lo tanto si se superan en 2005 año los 5 sábados (que suponen aproximadamente uno cada dos meses) deberán concederse días libres adicionales de lunes a jueves para compensar el exceso.
- El número máximo de guardias obligatorias se establece en **3 al mes** (36 anuales) para especializada y en **425 horas/año** de atención continuada en primaria. Las excepciones contempladas en el punto siguiente no podrán derivar en una jornada efectiva superior a las 48 semanales en cómputo anual salvo casos de voluntariedad y con los límites legales.
- En vacaciones anuales, Navidad o Semana Santa, y en situaciones excepcionales que deberán revisarse cada 6 meses, si fuese necesario efectuar más guardias, se recurrirá por orden a la voluntariedad, a la contratación legal y, en último término, a la asignación forzosa dentro del mismo Servicio/Unidad (repartándose el exceso igualmente). Por cada tres guardias o fracción superior a las 36 obligatorias se tendrá derecho a **un día adicional de vacaciones** sin más trámites ni solicitudes explícitas no contempladas en la normativa. Sólo con la aquiescencia del interesado podrán disfrutarse estos días adicionales de modo discontinuo con sus vacaciones.
- Desde enero de 2005, a los **46 años** se tiene **derecho subjetivo** a la **exención de guardias** por razón de edad. No existirán más límites a la concesión de la exención de guardias que los establecidos legalmente y con un plazo máximo de 2 meses para emitir la correspondiente resolución. La administración carece de instrumento legal alguno que pudiera permitirle revertir una exención de guardias/atención continuada por razones de edad debiendo ésta ser siempre considerada definitiva salvo voluntad en contrario del interesado.
- Los facultativos de 55 o más años cumplidos que hayan realizado actividad de guardias/atención continuada durante 7 de los últimos 10 años tendrán derecho a **módulos de prolongación de jornada ordinaria** como alternativa a dicha actividad. En 2005 el derecho básico es de 2 módulos a 150 €por módulo. En 2006 será de 2 módulos a 165 € por módulo. Y en 2007 será de 3 módulos a 180 €por módulo.
- Existe el compromiso, aprobado en Mesa Sectorial el 4 de julio de 2002 y reafirmado en el **Acuerdo sobre Mejoras Relativas a la Atención Continuada y Guardias** publicado en el DOGV de 10 de marzo de 2005 para cubrir hasta **3 guardias** o **54 horas** al mes en caso de **ILT** o **Embarazo** mediante **Seguro Colectivo**. Dado el retraso que dicha medida ha experimentado, y de persistir la actual situación de ambigüedad, consideramos pueden darse elementos suficientes para la reclamación judicial de dichas cantidades por parte de

los facultativos afectados desde, al menos, enero de 2005. Sugerimos por ello que mientras se tramita el concurso público de dicho seguro la administración asuma directamente la indemnización correspondiente.

En CESM-CV creemos que disponemos de la legislación más avanzada del Estado, y posiblemente Europea en esta materia. No deben ni pueden utilizarse fraudulentamente ni las Directivas Europeas, ni el Estatuto Marco (que respetan normativas más favorables preexistentes) ni nuestra Legislación Autonómica para obtener efectos contrarios a los que inspiraron su promulgación. No resulta aceptable ninguna lectura restrictiva de los acuerdos, órdenes y decretos publicados para al protección de la salud del médico.

APLICACIÓN PRÁCTICA

Un médico que hace **solo las guardias obligatorias máximas** en la Comunidad Valenciana, realiza **36 guardias al año** de las cuales 5-6 son domingos y 5-6 sábados, contando con 1-2 festivos y 1-2 vísperas. La libranza es obligatoria y remunerada incluso en los sábados (se libra otro sábado, con lo cual los facultativos con 3 guardias/mes quedan exentos de hacerlos). Todo ello a efectos exclusivos de cálculo del tiempo de trabajo en cómputo anual.

A las 1596 horas de jornada en 2005 se añaden:

- **27 laborables de 17 horas de guardia (exceso efectivo $10 \times 27 = 270$ horas) incluidos los 5 sábados ya que se libra otro día (sábado en principio mientras existan disponibles para ello)**
- **5 domingos de 24 horas (exceso efectivo $10 \times 5 = 50$ horas por libranza + compensación)**
- **2 festivos de 24 horas (media exceso efectivo $14 \times 2 = 28$ considerando que se compensara con descanso adicional uno de ellos)**
- **2 vísperas de festivo de 17 horas (exceso efectivo $17 \times 2 = 34$ horas porque no se libran ni compensan).**

TOTAL ACTUAL = 1978 horas anuales de trabajo efectivo computable considerando obligatoria, remunerada y no recuperable la libranza según normativa vigente. Es decir, 382 horas de exceso con respecto a la Jornada Ordinaria. Equivale aproximadamente a una **jornada semanal media** de $1978 / 47,85 = 41,3$ horas (muy cerca de los límites del Estatuto de los Trabajadores y por debajo de las 48 horas previstas por las Directivas Europeas).

Con 3 guardias al mes estamos dentro de los márgenes de las Directivas Europeas de una manera **ventajosa** para los profesionales médicos ya que se reconoce una reducción compensatoria de jornada cuando el médico se compromete en las guardias y la atención continuada.

No obstante, hay que considerar que una jornada máxima «anualizada» no debería prescindir de las reducciones legales **no recuperables** correspondientes a los 17 festivos. Por ello la

jornada anual obtenida anteriormente debería además ser minorada con 21 horas procedentes de las libranzas de las vísperas y del festivo que no era objeto de compensación.

Es decir, **1978 – 21 = 1957 horas**

Es decir, **1957 / 47,85 = 40,8 horas**

Con 3 guardias al mes nos acercaríamos a la legislación laboral española más avanzada, superando las previsiones del propio Estatuto Marco, siempre que se ampliara el derecho a la libranza a **todas** las guardias realizadas, incluyendo festivos y vísperas. Se trata de una necesidad, en absoluto gravosa para la administración, que cerraría definitivamente el debate acerca de la discriminación del médico en materia de jornada y descansos.

Se pueden aplicar las Directivas Europeas y el Estatuto Marco de diversos modos y el que tenemos en la Comunidad Valenciana es de los más garantistas para el colectivo médico siempre, claro está, que se respeten escrupulosamente los derechos reconocidos.