



**METGES DE LA
COMUNITAT VALENCIANA
Sindicato Médico**



ELECCIONES AUTONÓMICAS 27 DE MAYO DE 2007

PROPUESTAS DE CESM-CV

Menos del 20% del personal al servicio de las instituciones sanitarias públicas son médicos pese a ser su actividad la que dota de sentido al conjunto del sistema. Y, sin embargo, los ciudadanos no acuden a la «sanidad», considerada en abstracto, sino que desean ver a su «médico», del mismo modo que los alumnos de un colegio asisten a clase para aprender de sus profesores. Se trata de un hecho fundamental que, por su obviedad, tiende a olvidarse sin extraer de él ninguna consecuencia práctica. Y es que existen servicios básicos en nuestra sociedad de bienestar que, aunque son directamente prestados por los profesionales adecuados (médicos, enseñantes, etc.) exigen la colaboración de otros trabajadores de apoyo con diversos niveles de cualificación. Reconocer el papel de estos últimos no puede conducir, sin embargo, a confundir el todo con su núcleo estratégico.

Lo anterior plantea un serio problema de interlocución médica con las diversas administraciones públicas, dado el restrictivo modelo de representación sindical vigente. Por este motivo y para invertir esta tendencia existe el sindicalismo médico profesional de CESM-CV que desea, no solo tener razón, sino demostrarlo desde los foros legales de negociación. Al carecer los poderes públicos de instrumentos para establecer un contacto directo con sus médicos la situación se enquistaba y corremos el riesgo de que la sanidad pública valenciana se degrade progresivamente hasta perder sus niveles actuales de calidad. Es con el profesional sanitario con quien habrá que abordar los problemas y consideramos que, a pesar de los obstáculos aún existentes, pueden implementarse mecanismos adecuados de representación y negociación autónomas para el colectivo médico valenciano.

El sindicalismo médico profesional surge tras el fracaso de las organizaciones tradicionales para encuadrar en su seno a las clases medias trabajadoras debido a la inmensa transformación experimentada en las estructuras sociales occidentales durante la segunda mitad del siglo XX. CESM-CV no es corporativista porque no justifica apriorísticamente la conducta o actuaciones de cualquier médico (muchos gestores lo son y nos enfrentamos a ellos). No es tampoco insolidario ni clasista, porque no rechaza los derechos de nadie ni pretende alcanzar sus objetivos negando la legitimidad del resto de trabajadores para implementar también los suyos.

CESM-CV es una organización profesional que desde hace más de 24 años lleva defendiendo a los médicos y representándolos en todos los foros de la sanidad pública y privada en tanto que dependen laboral y/o administrativamente de ellas. CESM-CV se identifica con los valores democráticos apoyando sin reservas un modelo de **Sanidad Pública** que cumpla con el mandato constitucional. Sin embargo, y porque defendemos la **financiación pública** y la **universalidad** de una asistencia integral, los médicos 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 profesional y niega en la práctica la libertad de los ciudadanos.

Un médico es un profesional universitario cuyos estudios de Licenciatura tienen una duración de seis años (la titulación superior más prolongada de las existentes). Para acceder a ellos ha necesitado superar un examen de Selectividad y/o unas pruebas de acceso (más las limitaciones establecidas por cada Facultad al número de estudiantes de primer curso). Pero, al contrario que el resto de los Licenciados, un médico aún no existe como tal cuando obtiene el título. Para aspirar a ejercer en la Sanidad Pública necesita superar un examen nacional, en competencia con miles de compañeros, y pasar a especializarse mediante un periodo de entre cuatro y cinco años como Médico Interno Residente (MIR) trabajando duro, sin apenas derechos y recibiendo a cambio una remuneración muy escasa. Finalizado el período de formación MIR el médico adquiere la condición de especialista y, sin ningún derecho adquirido, engrosa las cifras del paro. Sólo en ese momento puede plantearse el ingreso en el Sistema Nacional de Salud, lo que conlleva una nueva oposición, generalmente tras años de interinidad y contratos eventuales. Por fin, a los 35, 40, 45 años, y a veces nunca, el médico posee una plaza fija dependiente de la Administración Sanitaria.... por la que se le paga como es de sobra conocido.

Y en estas fechas consideramos indispensable hacer llegar a los partidos políticos en liza de cara a las elecciones autonómicas y con capacidad para liderar la formación de mayorías los objetivos de nuestro colectivo. Este sindicato, con la responsabilidad que le caracteriza, cree conveniente que dichas organizaciones mayoritarias tengan conocimiento de las metas que se ha propuesto para el siguiente cuatrienio. Las elecciones Autonómicas están separadas solo seis meses de las Sindicales y en estas últimas CESM, en coalición con el SATSE, ha sido la fuerza más votada en la sanidad pública, siendo su representación en la Mesa Sectorial superior al 25% y constituyendo la fuerza mayoritaria. Además, por su nivel de representatividad, esta coalición está también presente en la mesa GENERAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA de la Comunidad Valenciana y, a nivel nacional, CESM está representada en el Foro de Dialogo Social del Ministerio de Sanidad. Por ello hemos decidido poner en conocimiento de los partidos políticos nuestras reivindicaciones que, a su vez, giran en torno a unas ideas-fuerza fundamentales.

IDEAS-FUERZA PARA UNA NUEVA GESTIÓN SANITARIA

1.- Apoyamos la idea de **Sanidad Pública** entendida como la disposición gestión y financiación, por parte de la Administración, de aquellos recursos que resulten necesarios para garantizar el acceso universal y equitativo de los ciudadanos a las prestaciones integrales de protección de la salud, independientemente de su nivel de renta o de cualquier otra diferencia social o territorial.

2.- El núcleo de la **Sanidad Valenciana** lo constituyen aquellos recursos que, con titularidad, financiación y gestión pública «directa» establecen con el personal facultativo y el resto de profesionales sanitarios una relación contractual de carácter **estatutario**. Adicionalmente, asumimos, tanto la necesidad de establecer **conciertos** cuando sea necesario con cualquier entidad o persona, física o jurídica de carácter sanitario, como la conveniencia de introducir **nuevas formas de gestión profesional, democrática y participativa**. La **descentralización** y la **autonomía** deben ser pilares fundamentales en la gestión de los recursos sanitarios.

3.- 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** centrado en **Juntas Facultativas**, elegidas por sufragio universal entre un censo de médicos y titulados superiores, que ofertarían a la dirección del departamento una terna de donde ésta extraería el correspondiente **Director Médico**. Por su parte, el ejercicio profesional de los facultativos tendrá carácter **autónomo** en el marco de cada Centro, Servicio o Unidad de modo que los **Jefes de Servicio** o **Coordinadores de EAP** pasarán a desempeñar funciones efectivamente «coordinadoras» siendo elegidos por la dirección del departamento de entre una terna presentada por los facultativos.

4.- Cualquiera que sea la titularidad o fórmula concreta de gestión de cada centro y/o departamento, su **acreditación** y **evaluación**, así como las de los procedimientos y técnicas, será objeto del máximo rigor utilizándose para ello criterios homogéneos en todas las instituciones sanitarias. Cualquiera que sea la titularidad o fórmula concreta de gestión de cada centro y/o área, los **derechos básicos** de los profesionales no podrán ser nunca diferentes. En los centros de titularidad pública, sea cual fuere su fórmula concreta de gestión, se implementará un modelo de **relación contractual** de tipo **estatutario** respetando derechos adquiridos. La **movilidad** debe encontrarse garantizada en toda la red pública con independencia de su modelo de gestión.

5.- Todo usuario de la **Sanidad Pública** gozará de **libertad** para escoger médico y/o centro sanitario. La **desburocratización** de la relación médico-enfermo llevará aparejada la disponibilidad del profesional para organizar su propia agenda y verse incentivado en función de los actos médicos y la actividad efectivamente desplegada. El objetivo fundamental será la **desaparición de las listas de espera**, tanto médicas como diagnósticas o quirúrgicas, y el restablecimiento de la **confianza mutua** entre el facultativo y sus pacientes.

6.- Los **Consejos de Salud** de cada departamento se dotarán de representación profesional, sindical y ciudadana. Serán fundamentales a la hora de establecer las demandas sanitarias globales de la población y orientarán de este modo la labor de los órganos de gestión y cogestión correspondientes.

OBJETIVOS SINDICALES 2007 – 2010

OBJETIVOS ASISTENCIALES

- Cobertura de **sustituciones** en *todos* los casos de IT, vacaciones, permisos y licencias. El mantenimiento de la calidad asistencial precisa la cobertura de la falta de médicos que se produce cuando éstos se encuentran de baja, vacaciones, descansan tras la guardia, acuden a cursos, congresos, etc. En caso de que no se pudiera encontrar un profesional para realizar la cobertura de dichas contingencias por la vía reglamentaria deberán habilitarse las necesarias compensaciones económicas para retribuir la correspondiente sobrecarga de trabajo. En Atención Primaria ello supone habilitar la cobertura retribuida de cupos adicionales o fracciones de los mismos y en Especializada la cuantificación del exceso de trabajo.
- Establecimiento de un **complemento de población asistida** en Atención Primaria que retribuya la atención a los pacientes no asignados, no pertenecientes al cupo del titular. El compromiso de no superar en primaria un determinado número de tarjetas SIP debe llevar adscrito una fuerte compensación económica de las que, por circunstancias extraordinarias, superen ese máximo o de la población flotante que, por diversos motivos, deba ser atendida fuera de esos márgenes. Sin esta «penalización» para la administración del sobreesfuerzo profesional no voluntario nunca existirían garantías de alcanzar algún día niveles razonables.
- **Reducción de cupos por médico de EAP** para garantizar una consulta de calidad. Si en 2004 hablábamos de 1500 tarjetas SIP por médico de EAP con un margen de tolerancia del 20% en casos puntuales, hoy constatamos que tal objetivo no parece haberse logrado plenamente. Sin embargo, la tendencia en otras CCAA es la disminución de la carga de trabajo y por ello CESM-CV propugna el establecimiento de un nuevo nivel máximo en el entorno de las 1250 tarjetas SIP.
- **Informatización racional**. En las actuales circunstancias constatamos que **Abucasis II** no ha resultado efectivo y ha introducido elementos de burocratización adicional en la relación con los usuarios del sistema. Además debe tenerse en cuenta la necesaria curva de aprendizaje asociada a la introducción de nuevas tecnologías y habilitar por ello espacios de formación en los Centros, a cargo de la administración y dentro del horario laboral de los facultativos.
- **Transporte médico** en visita domiciliaria (ordinaria o urgente) a cargo de la administración con *vehículos adecuados*. Cuando un ciudadano requiere de los servicios sanitarios acude a su Centro de Salud pero el problema surge cuando lo que se demanda es una atención domiciliaria en horario ordinario o bien una asistencia urgente. Porque, hasta el momento y sin obligación legal alguna, es el profesional de atención primaria quien aporta su propio vehículo, pese a que en las sucesivas convocatorias de plazas nunca se ha exigido la posesión del permiso de conducir para el ejercicio público de la medicina. Y cuando hablamos de servicios nocturnos, en zonas rurales o conflictivas, entramos en un terreno de riesgo, por temor a la propia integridad moral y física. Un abordaje racional del problema pasa por la premisa básica de que es la administración quién debe proveer los medios para desplazarse y que en ningún caso deben ser los médicos o sus pacientes quienes los aporten o

sufragen. Más aún, debe prohibirse la utilización del vehículo propio para realizar la asistencia domiciliar urgente y no urgente porque ello solo conlleva retrasos, pérdida de eficacia asistencial e inseguridad general.

- Libre **elección de los complementos específicos** A, B o C. La vinculación del médico al sistema sanitario, en las actuales condiciones de carencia de profesionales, debe flexibilizarse con criterios que no son desconocidos en nuestro entorno europeo. Por ello resulta necesario el desbloqueo de los diferentes niveles de dedicación actualmente existentes lo que, entre otras cosas, permitiría un flujo libre de los facultativos mediante compromisos mínimos de permanencia y reconocería la efectiva dedicación exclusiva al sistema público de muchos de ellos.
- Defendemos la **libre prescripción** médica basada en criterios exclusivamente profesionales y científicos. Junto a la puesta en marcha de la receta multiprescripción y por tiempo de seis o más meses.

OBJETIVOS LABORALES

- Reconocimiento de la mejora en el tratamiento de la Incapacidad Transitoria por enfermedad común, enfermedad profesional y maternidad-lactancia (completas) con **repercusión de la media de guardias** realizadas en los 6 meses anteriores a las situaciones descritas. Dado que las guardias médicas son actualmente obligatorias carece de sentido eliminar su retribución en el caso de bajas laborales. Tampoco parece prudente limitar dicho monto para no desincentivar su realización voluntaria. Deberá revisarse por tanto en tal sentido el Acuerdo de 26 de marzo de 2006.
- Objetivo de **jornada laboral de 35 horas** semanales, siguiendo la tendencia general en el resto de las comunidades autónomas, con una anualización correcta que no debe superar las 1512 horas al restarle los festivos no recuperables (17) y los días de libre disposición (6). Ello debería implicar la supresión del sábado como día ordinario de trabajo y su cobertura completa mediante guardias y/o atención continuada.

$$(35 \text{ horas} \times 47,8 \text{ semanas}) - (23 \times 7) = 1512 \text{ horas} / \text{año}$$

- Derecho al **año sabático** remunerado para la formación médica, la investigación y el perfeccionamiento profesional. La formación de nuestros médicos es un activo de incalculable valor para mejorar la calidad asistencial de la Comunidad Valenciana y ser un referente para toda España.
- Debe procederse a la **eliminación de los actuales nombramientos de atención continuada** mediante la integración de los profesionales en los Equipo de Atención Primaria o Servicios Hospitalarios correspondientes. En el caso de que aún resultase necesario el refuerzo de las guardias médicas debería procederse a la **creación de nuevas categorías profesionales** al efecto con unas condiciones retributivas y unos derechos laborales homologables a los del resto de los profesionales. En cualquier caso, y tras la respuesta de la Sindicatura de Greuges a nuestra queja por abuso de contratación temporal estas medidas deben adoptarse con carácter de urgencia.
- Los Servicios de **urgencia de los hospitales** suponen hoy en día uno de los puntos

débiles del sistema. Es por tanto necesario dotar de espacios y plantillas de médicos suficientes, que eviten tanto las guardias no voluntarias como las jornadas de trabajo extenuantes así como las interminables esperas de los pacientes, mejorando en resumen, la calidad asistencial. Adecuación de las bases, excesos horarios y retribuciones del **médico SAMU**.

- Del mismo modo, exigimos la **reconversión de los «acúmulos de tareas» en plazas de plantilla** para su cobertura provisional mediante interinidad y su adición a la OPE del ejercicio al que corresponda el nombramiento. La publicación del **Estatuto Básico del Empleado Público** dota además de mayor cobertura legal a la respuesta del SINDIC DE GREUGES. Los «acúmulos de tareas» deberán tener una duración máxima de seis meses en el plazo de un año. Por lo tanto los plazos contemplados en el acuerdo de 26 de marzo han quedado jurídicamente superados y a partir del 13 de mayo deberán reconvertirse la totalidad de los nombramientos eventuales citados sin más limitaciones que las meramente técnicas.
- Apostamos por un ritmo óptimo de **OPEs anuales** aunque, por razones exclusivamente técnicas, en ningún caso deberían superar periodos bienales. Debe existir un **concurso de traslados previo** con posibilidad de optar a todas las plazas ofertadas.
- Tanto la legalidad del Estatuto Marco como la experiencia de otras comunidades autónomas avalan nuestra postura de que debe procederse a una **ampliación del ámbito de aplicación de la carrera profesional a interinos y eventuales**. Por ello emplazamos a la administración a una negociación al respecto que tenga en cuenta también las diferentes situaciones de temporalidad.
- **Jubilación voluntaria** desde los 60 años y **prolongación también voluntaria** hasta los 70 años. Dentro de este rango sería la voluntad del médico la que determinaría su disposición para seguir prestando servicios, aunque a partir de los 65 años ello quedaría condicionado al informe favorable de las unidades de riesgos laborales.
- Percepción del **100% de las retribuciones tras la jubilación médica** mediante Plan de Pensiones u otro tipo de instrumento financiero al efecto. Para los profesionales de mayor edad debería arbitrarse un periodo transitorio durante el cual sería la propia administración quien complementase directamente la pensión contributiva correspondiente.
- Creación de un **Consejo de la Profesión Médica** de representación sindical según porcentaje y número de afiliados médicos, con decisiones vinculantes para las partes y en el camino hacia el pleno reconocimiento de la medicina como profesión singular que requiere de ámbitos de representación y negociación propios. La capacidad del médico para gestionar más del 90% de gasto sanitario, su cualificación (que trasciende la de un mero licenciado universitario dado que requiere una inversión mínima de 10 años) y su especial aportación en capital-conocimiento, convierten en imprescindible su diferenciación a efectos de los modelos de gestión sanitaria y de negociación colectiva.
- Recientemente (junio de 2006) ha sido modificada la Ley 9/1987 de Órganos de Representación en las administraciones públicas y, entre las novedades introducidas,

se reconoce la posibilidad de que, por vez primera, puedan crearse juntas de personal, compuestas por delegados electos, para determinados colectivos cuyas peculiaridades lo hagan aconsejable. Apostamos pues por **Juntas de Personal Médico** elegidas por sufragio universal por los facultativos de cada departamento de salud que puedan dar lugar a una Mesa de Negociación autonómica de exclusiva representación médica.

- Derecho a **libranza remunerada de todas las guardias**, superando la situación actual en la que injustamente existen todavía algunas fechas (vísperas de festivo, etc...) que reciben un tratamiento inferior al resto al serles negado repetidamente el derecho a un día laborable de descanso compensatorio no recuperable. Además, para los nombramientos de atención continuada, con el fin de no generar agravios comparativos, debe repercutirse el valor de las libranzas no disfrutadas en la retribución de la hora dado que, por la especial distribución de su trabajo, no coincide nunca una salida de guardia con una jornada laboral previamente asignada.
- Elaboración de un «**Plan Concilia**» específico para los profesionales sanitarios que tenga en cuenta la creciente feminización de la medicina. Regulación de las dedicaciones voluntarias **a tiempo parcial** dentro de su estructura de garantías.
- Para mantener la calidad del sistema sanitario público defendemos la necesidad de establecer planes de **actualización y formación continuada** para los profesionales de la medicina dentro de su horario laboral. La rápida obsolescencia de los conocimientos médicos justifica sobradamente esta medida.
- Otros planes específicos de actuación:
 1. Plan contra **agresiones**.
 2. Plan contra el **acoso moral** («mobbing»).
 3. Plan contra el **síndrome del profesional quemado** («burn-out»).

OBJETIVOS RETRIBUTIVOS

- Nuestro objetivo es una hora de guardia retribuida como **hora extraordinaria** (lo que no implica necesariamente un cambio en el carácter jurídico de la denominada «jornada complementaria» solo posible tras reforma del actual Estatuto Marco). El reciente acuerdo de 26 de marzo de 2007 establece que en el año 2008 el valor de la hora de guardia deberá referenciarse al de la **hora ordinaria** de trabajo definida como concepto estandarizado. En ningún caso será inferior al que resulte de dividir el salario anual bruto medio entre las horas de jornada anual (actualmente **28 euros**) aunque debería contemplar además la media del resto de conceptos (carrera, antigüedad...). Es necesario insistir en que el problema fundamental de las guardias médicas radica en su discriminatoria obligatoriedad, su retribución inferior a la ordinaria, y su carencia de garantías reales de exención sin pérdida retributiva por edad, estado de salud, maternidad, conciliación, etc. No hay actividad que más colisione con la conciliación de la vida profesional y familiar que la guardia médica ni tampoco hay otra actividad que vea menos compensada su especial penosidad.
- Resulta necesario un incremento sustancial en la retribución, como atención continuada especial, de los **módulos alternativos** según el principio:

Valor hora de guardia x 12 = valor módulo alternativo Para 2007:
Marzo: 20 x 12 = 240 € Julio: 22 x 12 = 264 €

Además, deben modificarse las condiciones para su concesión por razones de **edad**:

- Desde los 50 años y con garantía de exención de guardias en todos los casos.
- Requisito de haber realizado guardias en 5 de los últimos 10 años.
- El profesional elegirá entre tres a cinco módulos mensuales de 5 horas.
- Repercusión en vacaciones, situaciones de IT, maternidad, lactancia, etc.

Ampliación del derecho a los módulos, a cualquier edad, para los médicos que no pueden realizar guardias por **razones de estado de salud** y a las especialidades, unidades o servicios que no tienen asociada la realización de guardias.

- Creación de un **complemento de especialidad** que retribuya la formación de los médicos y reconozca, como en su día se hizo con los jueces, que existen titulados superiores cuya cualificación supera ampliamente la exigida para el Grupo A. Los médicos de la sanidad pública, somos los únicos profesionales a los que se les pide además de una licenciatura, una especialidad. Dicho complemento de especialidad podría tener las siguientes características:

- Una retribución no inferior a la correspondiente a una licenciatura de 4 años y que estimamos en 30.000 € anuales.
- Los residentes percibirán dicho complemento según su nivel de formación y con los siguientes porcentajes:

R1	30%
R2	45%
R3	60%
R4-R5	75%

- Establecimiento de **nuevos modelos voluntarios de jornada** (Ej.: en horario continuado fijo **de 9 a 17 horas**, en el tradicional horario continuado fijo **de 8 a 15 horas** más una **tarde a la semana**, en horario **con deslizamiento variable**, etc.). Resulta necesario abrir el abanico actual, para que quien lo desee pueda trabajar **más** o **de otro modo** aunque manteniendo un núcleo mínimo básico (que correspondería al actual complemento específico A). En torno al **núcleo básico** (8-15 horas) puede hablarse de otro tipo de dedicaciones que modifiquen la disponibilidad y/o el trabajo realizado con el objetivo de mejorar la vinculación de los facultativos con el sistema público. Como **deslizamientos horarios diversos** o compromisos de disponibilidad («**dedicación plena**»), y pudiendo incluirse una nueva **exclusividad voluntaria**, con contenido y bien remunerada (que pudiera sustituir a medio plazo al actual complemento B que pasaría a generalizarse en su monto económico a todos los facultativos). La oferta universal, la voluntariedad y la reversibilidad deben presidir siempre las nuevas dedicaciones, así como una retribución digna y motivadora. El médico deberá comprometerse durante un periodo de tiempo razonable a mantener el nivel de dedicación elegido para permitir una planificación eficaz de los recursos. *Ninguna plaza ofertada en OPE, en interinidad o cualquier otra relación contractual, podrá asociar de forma obligatoria un complemento específico determinado o un*

nivel de dedicación concreto al sistema. El incremento retributivo *sobre las percepciones actuales* por este tipo de nuevas dedicaciones debería oscilar, según sus condiciones particulares, entre los **1.500-3.000 €** mensuales.

- Junto a los modelos anteriores, debe abrirse paso a la posibilidad de establecer **dedicaciones a tiempo parcial** mediando la conformidad del profesional o a petición de éste, bien por necesidades organizativas del sistema o bien por lo dispuesto en el Plan Concilia u otras regulaciones análogas.
- Consolidación en «**productividad fija**» de un 50% del presupuesto asignado a variable y elevación de este último. Rechazamos el actual modelo de **productividad** por varios motivos:
 - El presupuesto asignado es muy inferior al que disponen para el mismo concepto otras administraciones sanitarias del Estado.
 - Los criterios deben pasar de ser cuantitativos a valorar la calidad asistencial.
 - La «productividad» del médico debe depender de sus propios indicadores y lo mismo debe ocurrir con otras categorías. Teniendo en cuenta el papel central de la medicina en el sistema sanitario no resulta de recibo que el conjunto de los trabajadores perciba su productividad sobre la base de un porcentaje del cumplimiento de unos indicadores cuyo contenido es casi exclusivamente médico.
- Debe revisarse la posición de los facultativos en la escala administrativa para incrementar ésta en dos puntos con lo que un Especialista percibiría en concepto de **Complemento de Destino**, como mínimo, la cantidad correspondiente al *nivel 26*.
- Las **pagas extraordinarias completas** deben *incluir todos los conceptos retributivos* periódicos, con inclusión del complemento de carrera profesional, las guardias médicas y otros complementos que puedan introducirse.
- Dado el escaso horizonte temporal del actual modelo abogamos por la adición de un **Grado V de carrera**, aún cuando pudiera resultar no homologable, con una asignación económica inicial (valores de julio de 2006) de **15.000 €** anuales (actualizados según Decreto de Carrera Profesional). Asimismo consideramos imprescindible *revisar a medio plazo la retribución de la carrera valenciana* dado que en otras comunidades autónomas se establecen mejores complementos retributivos. Creemos que debe establecerse una **diferenciación de funciones** según el Grado de carrera alcanzado, de modo que a mayor nivel de promoción correspondería una menor carga asistencial y más tiempo para actividades de consultoría, docencia o investigación. Dado que la carrera está planteada para *médicos asistenciales*, esta modificación de funciones tendrá siempre carácter voluntario.
- Consideramos necesario que a ningún médico se le puedan detraer por parte de las corporaciones profesionales más cantidades que las estrictamente correspondientes a los fines básicos de las mismas sin que pueda ser obligado a asumir ninguna derrama, seguro, patronato, etc., por servicios no solicitados. Además, mientras en nuestra comunidad la colegiación médica sea obligatoria para los facultativos que ejerzan en la sanidad pública, la administración deberá correr con los gastos de sus **cuotas colegiales**.

FACULTATIVOS EN FORMACIÓN

- Queremos un verdadero **Estatuto del Residente** que contemple de forma conjunta los aspectos formativos y laborales.
- **Equiparación retributiva con el resto de titulados superiores.** Evolución anual progresiva de los ingresos partiendo en conjunto de un 75% de los de un facultativo especialista al iniciar el periodo de formación.
- **Participación en la productividad.**
- Percepción del **Complemento Específico de exclusiva dedicación** dado que ésta es exigida contractualmente.
- **Jornada ordinaria de 35 horas semanales.** Máximo obligatorio de **3 guardias al mes** para actividades asistenciales tutorizadas y con finalidad formativa. Voluntariamente, las que el residente desee dentro de los límites legales.
- Todas las guardias deben conllevar una **libranza obligatoria, retribuida y no recuperable**. En este terreno deben regir las mismas normas que en la Comunidad Valenciana regulan las guardias para todos los médicos.
- Exigir el **cumplimiento de los planes docentes** de las especialidades, la regularización de la tutorización y la acreditación de centros y tutores.
- Pese a la dificultad de implementar esta medida en el actual contexto de precariedad, debería tenderse a una **garantía de continuidad** tras finalizar la residencia dado que no resulta lógico que se deban superar dos oposiciones para consolidar una plaza en el Sistema Nacional de Salud. La propia evaluación positiva del periodo de formación debería bastar para ello siempre que sean respetados los derechos adquiridos por los actuales eventuales e interinos.

Por lo demás, CESM-CV se remite a las reivindicaciones de la Asociación de Médicos Internos y Residentes de Castellón, Alicante y Valencia (**AMIRCAV**) dado que coinciden con las de nuestro sindicato. Y, al mismo tiempo, recuerda que permanecen incumplidas la mayor parte de ellas.

CESM-CV

COMISIÓN DE PROGRAMAS Y ALTERNATIVAS SINDICALES