

DEMANDAS CESM CANARIAS (SINDICATO MÉDICO CANARIO) PARA ATENCIÓN PRIMARIA

I. MÉDICOS DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

1. CONTEXTO ACTUAL

Los médicos de Atención Primaria de Canarias atienden hoy a una población:

- Más envejecida.
- Con mayor cronicidad y pluripatología.
- Con mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.
- Con incremento constante de pruebas complementarias para valorar.
- Con mayor carga de interconsultas y necesidad de coordinación con la Atención Especializada hospitalaria.
- Con mayor presión burocrática.

Hasta la huelga de 2023 convocada por CESM Canarias (Sindicato Médico Canario), nunca se había fijado un límite máximo de pacientes por jornada en Atención Primaria. Fue con dicha movilización y el trabajo previo realizado cuando se consiguió, dentro del programa +AP, establecer por primera vez un tope de 34 pacientes por agenda/jornada.

Ese límite no era el que se defendía como ideal, pero supuso un avance necesario para comenzar a ordenar la actividad y evitar agendas ilimitadas.

Sin embargo, ya entonces se consideraba insuficiente por las razones estructurales expuestas. Hoy, con mayor complejidad asistencial, resulta aún menos ajustado a la realidad asistencial que soportamos.

Además, en no pocos centros de salud ese límite de 34 pacientes no se respeta, existiendo agendas con 35 a 40 pacientes por jornada (o incluso superiores), lo cual es inaceptable y no debería producirse bajo ningún concepto.

Mantener agendas en ese rango implica:

- Reducción del tiempo clínico por paciente.
- Incremento del riesgo asistencial.
- Sobrecarga estructural sostenida.
- Deterioro de la calidad y de la accesibilidad.

En cualquier caso, las mejoras para los médicos de equipo de Atención Primaria no pueden limitarse únicamente a la reducción de cupos o a la reorganización de las

agendas asistenciales. Estas medidas, aunque necesarias, resultan insuficientes si no se acompañan de actuaciones que aborden la estabilidad contractual, la mejora retributiva, el refuerzo de las plantillas y el aumento de la inversión en recursos materiales, tecnología e infraestructuras.

Por ello, instamos a la Dirección del Servicio Canario de la Salud a aplicar de forma inmediata las siguientes medidas propuestas por CESM Canarias.

2. DEMANDAS

2.1 REDUCCIÓN DE CUPOS

- Cupo máximo: 1.200 TSI por médico de EAP (supeditado al incremento de valor de las TSI).

Situación actual:

- Cupos generalizados entre 1.400 y 1.900 TSI.
- Demoras estructurales mantenidas.

Es evidente que, sin reducción de cupos, la elevada presión asistencial continuará generando lista de espera.

Si no se reducen los cupos, la lista de espera será estructural.

Si no se limitan las agendas, la sobrecarga de los profesionales será estructural.

No pueden mantenerse simultáneamente:

- Cupos sobredimensionados.
- Restricciones en la oferta de doblajes para la gestión de la lista de espera.
- Agendas sobrecargadas con 34 pacientes.

El sistema debe optar entre reducir cupos o reforzar estructuralmente las condiciones en las que se realiza la actividad asistencial mediante las medidas que solicitamos. El objetivo es absorber la demanda y proteger la salud de los profesionales, la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes.

2.2 REDUCCIÓN DEL LÍMITE DE PACIENTES POR AGENDA

- Máximo 25 pacientes de demanda por jornada.
- Hasta 5 citas adicionales para:
 - Gestión administrativa no demorable.

- Valoraciones clínicas no demorables.
- Máximo total absoluto: 30 pacientes/día.

El profesional podrá modular internamente, si así lo desea, en coordinación con la Dirección de su Zona Básica, la distribución (por ejemplo, 27+3, 28+2, 25+5), pero nunca superar los 30 pacientes en total.

Este límite constituye un umbral de seguridad clínica y garantía mínima de calidad para el paciente, así como una medida de protección de la salud física y psicológica de los profesionales.

2.3 AUMENTO DE LAS PLANTILLAS DE MÉDICOS DE EQUIPO DE AP

De cara al cumplimiento de los puntos previos se deberá:

- Crear tantas plazas vacantes como sea necesario para dar cobertura tanto a la reducción de cupos como a los límites de las agendas.
- Mientras no se creen las plazas vacantes necesarias, se deberá paliar el déficit de profesionales mediante interinidades por programa especial, lo que facilitará posteriormente la creación de plazas estructurales.

2.4 INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURAS

- Resulta imprescindible la modernización y ampliación de la mayoría de los centros de salud y consultorios locales, con el objetivo de sostener plantillas adecuadas (acordes a los puntos previos). En muchos casos se hace necesaria la construcción de nuevos centros de salud, tanto en zonas con crecimiento poblacional importante como en otras en las que la ampliación del centro actual resulta inviable.
- Mejoras internas de las infraestructuras, así como de las condiciones de las zonas de trabajo (ventilación, climatización, seguridad, etc.).

2.5 HOMOGENEIZACIÓN DEL PLAN +AP EN TODAS LAS ZONAS DE SALUD DE CANARIAS

Transcurridos casi tres años desde la implantación del Plan + AP, su aplicación continúa sin haberse extendido a la totalidad de las Zonas de Salud (ZS). Esta situación genera una desigualdad difícilmente justificable, tanto desde la perspectiva de los profesionales como de los pacientes, al establecer diferencias en las condiciones laborales, organizativas y asistenciales entre territorios que forman parte de un mismo sistema sanitario público.

La ausencia de una implantación homogénea del programa no solo afecta a la equidad en las condiciones de trabajo de los profesionales, sino que también puede repercutir en la accesibilidad y en la calidad de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos, dependiendo de la zona en la que residan. Por ello, resulta imprescindible garantizar una aplicación uniforme y efectiva del programa en todas las Zonas Básicas de Salud.

2.6 USO ADECUADO DEL PROGRAMA ESPECIAL (INSTRUCCIÓN 3/23) PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Cuando exista demora superior a 72 horas en las consultas, exigimos:

- Oferta automática y obligatoria de doblajes.
- Que no se oferte exclusivamente al médico del cupo.
- Que se ofrezca a todos los médicos del EAP de la misma ZBS que voluntariamente estén disponibles.
- Que, si fuera necesario, se ofrezca a médicos de EAP de otras ZBS.

La lista de espera pertenece al sistema, no al profesional individual.

Actualmente, en la mayoría de las ZBS:

- La oferta es restrictiva, bien porque se niega directamente o se limita en número pese a estar justificada.
- No se planifica de forma sistemática.
- Se supedita al autodoblaje del médico del cupo y no se ofrece al resto de profesionales de la ZBS.

Esto genera inequidad entre pacientes y cronificación de las demoras.

Debe existir:

- Planificación estructurada.
- Oferta sistemática.
- Auditoría periódica de resultados.

En Atención Hospitalaria los planes funcionan y se utilizan de forma efectiva para gestionar la demora asistencial. Sin embargo, en Atención Primaria los programas especiales se emplean casi exclusivamente para la cobertura de ausencias, cuando, conforme a la instrucción que los regula, no deberían limitarse a esa finalidad.

2.7 ACTUALIZACIÓN RETRIBUTIVA DEL PROGRAMA ESPECIAL Y OTROS CONCEPTOS

2.7.1 Actualización del Programa Especial

Solicitamos una actualización de los Programas Especiales (PE) con una subida del 15 %.

- Retribución actual: 300 €.
- Nueva cuantía propuesta: 345 € por módulo.

Justificación:

- Pérdida acumulada de poder adquisitivo.
- Estancamiento del salario base.
- Incremento del coste de vida.
- Esfuerzo voluntario fuera de la jornada ordinaria.

El programa especial no puede sostenerse con cuantías desactualizadas.

2.7.2 Actualización del valor de las TSI

Aumentar el valor global de las TSI y crear un nuevo tramo de edad en las TSI para mayores de 80 años y pacientes domiciliarios. El valor de este nuevo tramo deberá ser el doble de lo que se abone para el tramo anterior (65-79 años).

El progresivo envejecimiento de la población, y la consiguiente mayor complejidad de la atención sanitaria, junto con el incremento de las actividades tanto diagnósticas como terapéuticas requeridas por la población general —y, de manera especialmente relevante, por el grupo etario mencionado—, justifican la presente solicitud.

2.8 ESTABILIDAD CONTRACTUAL

Resulta inadmisibile que, en un contexto de déficit de profesionales, se sigan ofertando y/o manteniendo condiciones contractuales precarias.

- Duración mínima de interinidades (AVZ* de 3-4 meses/acúmulos de tareas): 36 meses.
- Estabilización de plazas estructurales.
- Eliminación de la fragmentación contractual en puestos de necesidad permanente.

La continuidad asistencial requiere necesariamente estabilidad profesional, resultando incompatible con modelos de contratación de carácter temporal y de muy corta duración, como los contratos de tres o cuatro meses.

**Aunque esta modalidad contractual ya no existe formalmente bajo esa denominación, se utiliza dicha expresión por mantenerse de forma generalizada en el uso habitual de los profesionales e incluso dentro de la propia Gerencia de Atención Primaria (GAP).*

2.9 DESBUROCRATIZACIÓN EFECTIVA

2.9.1 Incapacidad Temporal

El profesional que realiza la asistencia hospitalaria debe emitir la IT cuando proceda, conforme a la normativa vigente.

No debe trasladarse sistemáticamente a Atención Primaria la carga administrativa derivada de la asistencia hospitalaria.

2.9.2 Transporte sanitario no urgente

- El primer transporte sanitario no urgente (TSNU) debe ser solicitado por el médico que realiza la indicación clínica (hospitalario o de AP).
- Los transportes sucesivos no deben generar nuevas citas médicas si ya consta indicación clínica establecida. Para ello debe existir un circuito administrativo que permita la continuidad sin intervención reiterada del médico.

Solicitamos, además, para ambos casos:

- La creación de un protocolo claro de funcionamiento.
- Su adecuada difusión en ambos niveles asistenciales.
- La creación de un circuito administrativo AP-AH que permita la resolución de los casos en los que no se haya actuado conforme al protocolo.

2.10 MÓDULOS DE TRABAJO FUERA DE SU JORNADA HABITUAL

Según los acuerdos de 2001, los facultativos que obtengan la exención de guardias o de atención continuada modalidad B tendrán derecho a realizar, voluntariamente, módulos de trabajo fuera de su jornada habitual en relación con la actividad ordinaria del servicio.

Cada módulo tendrá una duración de 4 horas y será retribuido a razón del importe medio de horas de guardia/día de atención continuada modalidad B realizadas en los doce meses previos al reconocimiento de la exención.

El número de módulos mensuales que podrá realizar cada facultativo será el que corresponda en proporción a la media de módulos de guardia mensuales realizados en los doce meses anteriores a la exención, con un máximo de tres.

Actualmente, este acuerdo se encuentra suspendido parcialmente, limitándose al abono de dos módulos en Atención Primaria.

Por ello, desde este sindicato se solicita la recuperación íntegra del acuerdo.

2.11 DOMICILIOS – MEDIOS DE TRANSPORTE

La atención domiciliaria es una actividad asistencial estructural y no puede seguir realizándose con medios personales del profesional.

No es aceptable que el médico asuma:

- Uso de vehículo propio.
- Combustible.
- Estacionamiento.
- Transporte público.

La Administración debe garantizar un sistema organizado de transporte para domicilios.

Solicitamos:

- Establecimiento de un concierto con servicio de taxi o transporte con conductor por Área de Salud.
- Sistema protocolizado de solicitud para domicilios programados (agenda diaria comunicada con antelación al servicio concertado).
- Sistema ágil para domicilios urgentes mediante activación directa desde el centro de salud, con facturación directa al Servicio Canario de la Salud.

El funcionamiento deberá estar claramente definido: canal único de solicitud, claves identificativas del profesional o del centro y facturación directa al SCS, sin adelanto económico por parte del médico.

La atención domiciliaria no puede depender de los recursos personales del profesional.

II. PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. CONTEXTO ACTUAL

La Pediatría de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la atención sanitaria de la población infantil, garantizando el seguimiento del crecimiento y desarrollo, la prevención de enfermedades y la atención a los procesos agudos propios de la edad pediátrica. Este nivel asistencial requiere condiciones organizativas que permitan desarrollar una práctica clínica de calidad, con el tiempo necesario para la valoración adecuada de cada paciente.

Para ello resulta imprescindible garantizar el cumplimiento efectivo de los acuerdos alcanzados en relación con los límites de pacientes por agenda, así como asegurar una organización homogénea de la atención urgente pediátrica y una gestión transparente y equitativa de los programas especiales destinados a cubrir ausencias y reducir demoras.

Solo mediante una aplicación uniforme de estos criterios en todos los centros y gerencias será posible preservar la calidad de la atención pediátrica y las condiciones adecuadas para el ejercicio profesional.

Por ello, instamos a la Dirección del Servicio Canario de la Salud a aplicar de forma inmediata las siguientes medidas propuestas por CESM Canarias.

2. DEMANDAS

2.1 LÍMITE MÁXIMO DE PACIENTES POR AGENDA

Solicitamos el cumplimiento efectivo en todos los centros de Atención Primaria de lo acordado entre la Dirección General de Programas Asistenciales y las Sociedades de Pediatría de Atención Primaria de Canarias (Sepexpal y ApapCanarias) en relación con el límite máximo de pacientes por agenda.

Tal como se recoge expresamente en el documento oficial de 26/09/2024:

Las agendas de los pediatras, al final de cada jornada, estarán limitadas a un máximo de 28 pacientes, incluyendo demanda programada, concertada y urgencias.

Este límite debe respetarse de forma homogénea en todas las Gerencias y centros, sin excepciones organizativas locales que lo desvirtúen.

Asimismo, cuando no exista servicio específico de incidencias/urgencias, la atención deberá organizarse garantizando en todo caso que no se superen los 28 pacientes diarios, conforme a la Estrategia +AP y a lo recogido en el citado acuerdo.

2.2 HOMOGENEIZACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE

Debe garantizarse la aplicación homogénea en todos los centros del circuito acordado para la atención sin cita previa.

Los mayores de 2 años que acudan sin cita previa deberán ser valorados por el servicio de incidencias/urgencias, cuando este exista.

En los centros sin dicho servicio, se seguirá el mismo circuito que el resto de la población, respetando siempre el límite máximo de 28 pacientes diarios.

2.3 GESTIÓN DE LOS PROGRAMAS ESPECIALES EN PEDIATRÍA

Resumimos parte del documento remitido por CESM a la GAPGC el 28/01/2026 en relación con los doblajes por programa especial para Pediatría de Atención Primaria:

- Existencia de listados transparentes y públicos de profesionales disponibles para doblajes, que deben ser facilitados a todos los centros.
 - Gestión ordinaria de los doblajes por ausencias programadas por parte de la Gerencia o del departamento designado, garantizando criterios objetivos y reparto equitativo entre los profesionales disponibles.
 - Procedimiento claro y previamente establecido para los doblajes de última hora, con posibilidad de gestión por los centros, pero con remisión a Gerencia de los profesionales que los hayan realizado para actualización de los listados.
 - Aplicación correcta de las instrucciones vigentes sobre programas especiales (Instrucción 9/06 e Instrucción 3/2023), garantizando que su finalidad sea la cobertura asistencial y también la reducción de demora.
-

III. MÉDICOS DEL SERVICIO NORMAL DE URGENCIAS (SNU) Y DEL SERVICIO ESPECIAL DE URGENCIAS (SEU)

1. CONTEXTO ACTUAL

Los dispositivos de urgencias extrahospitalarias —Servicios Normales de Urgencias (SNU) y Servicios Especiales de Urgencias (SEU)— constituyen un elemento esencial para garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial fuera del horario ordinario de los centros de salud. En muchos casos, estos dispositivos soportan una presión asistencial elevada y creciente que no siempre se corresponde con la dotación estructural de profesionales existente.

La adecuación de los recursos humanos y organizativos a la demanda real resulta imprescindible para garantizar la seguridad asistencial, evitar situaciones de sobrecarga estructural y asegurar unas condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales que desarrollan su actividad en estos dispositivos.

En este contexto, desde CESM Canarias consideramos necesario adoptar de forma inmediata una serie de medidas dirigidas a reforzar las plantillas, mejorar las condiciones de cobertura de las guardias y adecuar los recursos a la realidad asistencial de los dispositivos de urgencias extrahospitalarias.

Por ello, instamos a la Dirección del Servicio Canario de la Salud a aplicar de forma inmediata las siguientes medidas propuestas por CESM Canarias.

2. DEMANDAS

2.1 INCREMENTO DE PLANTILLAS PARA ADECUACIÓN A LA DEMANDA ASISTENCIAL

La organización actual de los SNU no se ajusta, en muchos centros de salud, a la demanda real, generando sobrecarga estructural y riesgo asistencial. Lo mismo sucede con el Servicio Especial de Urgencias (SEU).

La adecuación de plantillas debe basarse en la presión asistencial histórica, el volumen de pacientes y las características demográficas del área.

CESM CANARIAS exige:

2.1.1 Conversión de refuerzos estructurales en plantilla completa

En aquellos SNU que disponen de dos médicos en plantilla y un médico de refuerzo hasta las 00:00 horas, y en los que dicho refuerzo se mantiene de forma continuada por elevada presión asistencial, debe procederse a:

- Creación de plaza estructural.
- Conversión en tercer médico de guardia completa.

No puede mantenerse indefinidamente un refuerzo parcial cuando la necesidad asistencial es estructural durante toda la guardia.

2.1.2 Incorporación de refuerzo en SNU y SEU con demanda elevada

Todavía existen SNU con dos médicos en plantilla sin refuerzo, pese a presentar alta presión asistencial. La misma situación se da en el SEU.

En estos dispositivos debe establecerse la incorporación de, al menos, un refuerzo hasta las 00:00 horas.

La activación del refuerzo debe basarse en criterios objetivos de actividad.

Si se confirma que el refuerzo se convierte en una necesidad continua, debe pasar a formar parte de la plantilla estructural.

2.1.3 Refuerzo obligatorio y automático en picos estacionales y zonas de alta presión demográfica temporal

Debe implantarse un sistema automático de refuerzos en:

- Periodos estacionales de máxima demanda, como el invierno, en TODOS los SNU, independientemente de su plantilla habitual. Aplicable igualmente al SEU.
- Zonas con incremento poblacional vacacional.

El refuerzo debe:

- Incrementar la plantilla habitual.
- Activarse de forma sistemática en los meses establecidos y en TODOS los SNU, sin exclusión.
- No depender de solicitudes aisladas ni de decisiones reactivas de Gerencias de AP o DZBS.

2.2 CREACIÓN DE UN COMPLEMENTO RETRIBUTIVO PARA LOS TURNOS EXTRAS (SNU/SEU)

Actualmente, para cubrir ausencias en EAP se ofertan programas especiales con complemento económico asociado.

Sin embargo, cuando un médico cubre una guardia adicional en SNU/SEU fuera de su jornada ordinaria o periodo de descanso, no existe complemento equivalente.

Solicitamos la creación de un complemento retributivo específico para la realización de guardias adicionales en SNU/SEU que contribuya a garantizar la cobertura de ausencias y a estimular la disponibilidad voluntaria.

- Aplicable a médicos del propio SNU y a médicos de EAP que cubran la guardia.
- Válido para días laborables, fines de semana y festivos.

La cuantía debe ser, como mínimo, equivalente a la retribución del programa especial para el Equipo de Atención Primaria.

2.3 DIETAS EN TURNOS DE 16 Y 24 HORAS

Los SNU funcionan mediante turnos prolongados de 16 y 24 horas.

Durante estos turnos, el profesional permanece en el centro y no puede abandonar el puesto sin comprometer la asistencia.

Debe establecerse un sistema claro de cobertura alimentaria:

- Turno de 16 horas (17:00–09:00): al menos cena cubierta.
- Turno de 24 horas: cobertura de almuerzo y cena.

Las opciones pueden incluir:

- Dieta económica específica.
- Servicio concertado.
- Sistema de ticket o compensación directa.

La prestación alimentaria debe estar regulada y no depender de la organización informal del equipo.

IV. MÉDICOS DE INCIDENCIAS Y MÉDICOS DE CENTROS PLUSCAN EN HORARIO DIURNO

1. CONTEXTO ACTUAL

Los médicos de incidencias y los profesionales adscritos a centros integrados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN) en horario diurno desempeñan una función esencial en la gestión de la demanda urgente y no demorable que acude a los centros de salud. Su actividad permite garantizar la accesibilidad inmediata a la atención sanitaria, evitar el colapso de las agendas de los médicos de equipo de Atención Primaria y reducir derivaciones innecesarias a los dispositivos de urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Sin embargo, en numerosos centros esta actividad se desarrolla con plantillas insuficientes y con cargas asistenciales muy superiores a las que pueden considerarse clínicamente seguras, lo que genera situaciones de sobrecarga estructural que afectan tanto a la calidad de la asistencia como a las condiciones de trabajo de los profesionales.

Resulta por tanto imprescindible reconocer el carácter estructural de estos dispositivos y adecuar su dotación de profesionales y sus condiciones organizativas a la demanda real que atienden.

Por ello, instamos a la Dirección del Servicio Canario de la Salud a aplicar de forma inmediata las siguientes medidas propuestas por CESM Canarias.

2. DEMANDAS

2.1 RECONOCIMIENTO DEL PAPEL ESTRUCTURAL

Los médicos de incidencias y los adscritos a centros PLUSCAN en horario diurno desempeñan un papel esencial en la gestión de la demanda urgente y no demorable que acude a los centros de salud.

En los centros integrados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN), la atención urgente se estructura en continuidad asistencial a lo largo del día, por lo que el dispositivo diurno no puede considerarse independiente ni residual respecto al vespertino.

Gracias a la actividad que ambos realizan es posible:

- Garantizar atención urgente o no demorable en horario ordinario.
- Mantener accesibilidad inmediata.
- Evitar el colapso de las agendas médicas de EAP.
- Reducir derivaciones innecesarias al SNU o al hospital.
- Preservar la seguridad asistencial.

2.2 PLANTILLA MÍNIMA OBLIGATORIA

Todos los centros de salud deberán disponer de médico específico para la gestión de demanda urgente no demorable o sin cita en horario diurno, salvo aquellos cuya media de pacientes fuera de hora sea inferior a 10 pacientes por jornada.

En centros con volumen superior a 10 pacientes fuera de hora por jornada, la figura del médico de incidencias será obligatoria.

2.3 AUMENTO URGENTE DE PLANTILLAS

No puede mantenerse el modelo actual en el que un único médico de incidencias atiende volúmenes superiores a 34 pacientes por jornada de 7 horas.

En la práctica, existen dispositivos donde un solo profesional atiende 40, 50, 60 e incluso 70 pacientes en una jornada de 7 horas, situación clínicamente inaceptable.

CESM solicita:

- Hasta 34 pacientes por jornada de 7 horas: mínimo 1 médico.
- Más de 34 pacientes por jornada de 7 horas: obligatorio segundo médico.

- Si el segundo médico también supera los 34 pacientes por jornada, se aumentará la plantilla con un tercer médico, y así sucesivamente.

En centros con incidencias o centros PLUSCAN, no puede existir disparidad estructural entre la dotación del dispositivo vespertino/nocturno (SNU) y la dotación del dispositivo PLUSCAN/incidencias en horario diurno.

En múltiples centros el volumen matutino es igual o superior al vespertino, por lo que solicitamos:

Debe existir proporcionalidad y equiparación real en la dotación de las plantillas.

2.4 COMPLEMENTO POR PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA (INCIDENCIAS Y CENTROS PLUSCAN DIURNOS)

Solicitamos la creación de un complemento específico asociado a estos puestos con presión asistencial elevada y dificultad acreditada de cobertura.

Los puestos de incidencias y de atención urgente diurna en centros PLUSCAN presentan:

- Alta intensidad asistencial continuada (actividad diaria).
- Elevada presión clínica.
- Mayor desgaste profesional.
- Frecuente dificultad para cubrir ausencias de compañeros.
- Mayor dificultad para compaginar con actividad fuera de su horario (actividad extraordinaria).

Por ello, el complemento retributivo que solicitamos es esencial para:

- Incentivar la estabilidad.
 - Atraer a más profesionales.
 - Reducir la rotación.
 - Garantizar la continuidad asistencial.
 - Reconocer la especial exigencia del dispositivo.
-