PLIEGO DE PROPUESTAS Y REIVINDICACIONES DEL PERSONAL MÉDICO Y FACULTATIVO DEL SCS

Propuesta conjunta de CESM Canarias y SEMCA, organizaciones sindicales profesionales médicas, para la mejora de la representación, las retribuciones, las condiciones de trabajo y descanso y el desarrollo profesional del personal médico y facultativo del Servicio Canario de la Salud.

El presente documento tiene la consideración de documento de trabajo y no genera compromiso alguno para las partes, pudiendo ser objeto de revisión, ampliación, modificación o adaptación en cualquier momento del proceso de negociación, en atención a las propuestas, observaciones y acuerdos que se alcancen.

La numeración de los apartados -objetivos- no implica un orden de importancia o prioridad, sino que responde exclusivamente a criterios de organización y sistematización del documento.

PREÁMBULO Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL CONFLICTO Y LA NEGOCIACIÓN CON EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

La Dirección del Servicio Canario de la Salud, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, y la propia Presidencia del Gobierno, son plenamente conocedores del profundo conflicto existente entre el colectivo médico y facultativo y la administración pública empleadora, en este caso, el Servicio Canario de la Salud.

Sus responsables son conscientes también, de la duración del conflicto, que, aunque se viene larvando desde años atrás, se ha recrudecido con huelgas, suspensión de actividad voluntaria y paros laborales durante el último año.

Desde el inicio del conflicto, las organizaciones sindicales profesionales médicas han venido trasladando de forma continuada sus reivindicaciones al Servicio Canario de la Salud mediante escritos, reuniones, encuentros institucionales y preavisos de huelga. Pese a ello, la respuesta de la Administración y el avance de la interlocución fueron inicialmente lentos, sin que durante los primeros contactos se alcanzara un marco de negociación suficientemente estructurado y estable. El proceso fue

evolucionando progresivamente hasta configurarse, en julio de 2026, un marco de negociación conjunto con la participación de las dos organizaciones sindicales profesionales médicas implicadas en el conflicto."

La Administración, por tanto, está enterada del extenso malestar del colectivo médico y facultativo. El contencioso afecta a todo tipo de personal médico y facultativo, ya sea de carácter temporal o titular, ya fuera estatutario, laboral o en formación o, finalmente ya sea de la atención primaria o la especializada.

Por tanto, este conflicto no es parcial, ni es coyuntural ni atiende a meras razones puntuales de desacuerdo, sino que es transversal, estructural y afecta a todas las esferas de las condiciones laborales de los médicos y facultativos.

En los diversos escritos remitidos a la Consejería y el SCS, y a la propia Presidencia del Gobierno, se ha dejado muy concretamente demarcado que lo que los médicos reclaman es un cambio transformador de sus condiciones de trabajo y descanso, retribución y representación e interlocución con la Administración. Es decir, se reclama una revisión completa de su estatus y la resolución de todos los déficits históricos de sus condiciones laborales.

Una vez situado el conflicto en su verdadera dimensión, resulta posible valorar con mayor precisión el alcance y los resultados de las últimas reuniones mantenidas entre las organizaciones sindicales profesionales médicas de Canarias —Sindicato de Empleados Médicos de Canarias (SEMCA) y Sindicato Médico Canario (CESM Canarias)— y los responsables del Servicio Canario de la Salud. Los encuentros más recientes a los que hacemos referencia tuvieron lugar los días 17 de julio, 18 de agosto y 1 y 11 de septiembre.

A la vista del último documento que presentó la Administración el pasado 11 de septiembre en la sede del SCS en Tenerife, en la que estuvieron presentes los máximos responsables del SCS, esto es, el Director de RRHH y el Director del SCS, percibimos una vez más, que no se ha enfocado correctamente el abordaje de los diversos aspectos que se vienen reclamando. Se reiteran propuestas parciales y, además, siempre mediatizadas -organizativa y presupuestariamente- por su aplicación a otras categorías y empleados públicos de la sanidad canaria no facultativos.

El primer desenfoque, por tanto, viene, de nuevo, de la intención de la Administración de tratar las reclamaciones del colectivo médico, no de forma particularizada, sino como una parte más de lo que decidan otras categorías sanitarias en la mesa sectorial de sanidad.

Esto incluye también lo que atañe al aspecto presupuestario. La Administración no hace propuestas para resolver presupuestariamente las reclamaciones de los médicos, sino que incluye en su plan presupuestario lo que destinará a todas las categorías del SCS, dedicando una parte minoritaria a las demandas de los facultativos.

Como se viene exponiendo de manera reiterada, los médicos y facultativos piden, en primer término, el reconocimiento individualizado de su profesión por medio de un Estatuto propio. Aunque la Administración autonómica no tiene competencia directa en este asunto, no es, sin embargo, un actor que pueda permanecer completamente ajeno a esta reivindicación central de la profesión y en el apartado correspondiente de este documento haremos constar con más precisión las medidas que deben tomar la administración y el Gobierno canario al respecto.

Pero, donde la Consejería de Sanidad y el Gobierno de Canarias tienen plena capacidad de obrar y pueden actuar para paliar de manera inmediata el problema del déficit de representación de los médicos y facultativos, es en la reordenación de las Juntas de Personal. En el apartado correspondiente aportamos un modelo que, lejos de reclamar la exclusividad, hace una propuesta integradora para los diversos sectores del personal del SCS que, de un lado, mejorarán la proporcionalidad de su representación en la mesa sectorial, y de otro, dispondrán de un primer escalón para un cauce más efectivo, inmediato y adecuado de interlocución con la Administración.

Estos son elementos vertebradores de las aspiraciones de los médicos y facultativos no solo del Servicio Canario de la Salud, sino de toda España. No captar lo que se viene demandando de manera tan intensa, no responder de manera constructiva a estas reclamaciones estructurales, significa no haber ni siquiera empezado a entender lo que tiene movilizado al colectivo desde hace meses.

Junto al primer pilar de reclamación de un cauce adecuado de representación e interlocución directa con la Administración, se sitúan los otros dos pilares que sostienen el conjunto de demandas históricas que están por resolver.

El primero es el de la adecuada retribución de los profesionales médicos y facultativos, pieza indispensable en cualquier sistema público de salud.

Los médicos y facultativos del Sistema Nacional de Salud perciben salarios bastante alejados de los de las principales economías del Espacio Económico Europeo. Y los médicos y facultativos de Canarias no están a la cabeza de las retribuciones de los dieciocho sistemas públicos de salud del Estado. Esta diferencia salarial no lo es solo en términos absolutos. En el cuadro que sigue se ha procedido a corregir el posible elemento distorsionador de la riqueza de cada país que pudiera influir en la retribución de los médicos. Se muestra claramente que, una vez eliminada la distorsión, España sigue a la cola de los sueldos de las principales economías de nuestro entorno.

1. Metodología de Homogeneización Salarial

Para comparar los sueldos brutos eliminando la distorsión de la riqueza de cada país, la economía utiliza dos métodos principales: el Ratio Salario / PIB per cápita (esfuerzo relativo del Estado) y el Múltiplo del Salario Medio Nacional (distancia y estatus social respecto a sus conciudadanos).

2. Comparación respecto al PIB per cápita

País	Sueldo Médico	PIB per cápita	Ratio (Sueldo/PIB)
Países Bajos	€150.000	€63.380	2,37 veces
Alemania	€115.000	€51.833	2,22 veces
España	€57.000	€32.590	1,75 veces
Italia	€65.000	€37.180	1,74 veces
Francia	€88.000	€50.830	1,73 veces

3. Comparación respecto al Salario Medio Nacional (Estatus Social)

País	Sueldo Médico	Salario Medio Nal.	Múltiplo (Distancia)
Países Bajos	€150.000	€56.000	2,68 veces
Francia	€88.000	€43.356	2,03 veces
Alemania	€115.000	€57.408	2,00 veces
Italia	€65.000	€33.523	1,94 veces
España	€57.000	€33.700	1,69 veces

No casa que el gobierno de Canarias se lamente de no encontrar profesionales para su prestación de servicios y, al tiempo, no ponga los medios retributivos, entre otros, que sitúen en el primer puesto a una comunidad autónoma que está situada a 2.000 kilómetros del continente. Tratar de captar profesionales altamente cualificados en un entorno competitivo en el que todas las administraciones sanitarias autonómicas y el sector privado persiguen ese mismo objetivo sin ofrecer las mejores condiciones retributivas y laborales, es una apuesta perdida. No solo no se captarán, sino que los que están, dejarán el SCS por otra oferta de empleo mejor en cuanto se les ofrezca. Que la administración y el gobierno canarios proclamen ante la ciudadanía que prestan el servicio público de salud con las más altas cotas de calidad y, al tiempo, invierta más en contratar médicos de países extracomunitarios con título de especialista homologado -pero sin formación MIR-, o, incluso, sin ni siquiera la titulación como especialista homologada, que en ofrecer las mejores retribuciones y condiciones laborales del SNS, es una constatación más del hecho de que siguen desorientados en la evaluación cabal de lo que los médicos vienen reclamando: una mejora sustancial de sus condiciones laborales y retributivas, sí, pero también asegurar -por este medio-, la pervivencia de la alta calidad de la prestación asistencial del servicio público de salud y su robustez a largo plazo.

El tercer pilar de las reclamaciones tiene que ver con las condiciones del trabajo y el descanso. En tanto no se modifique el Estatuto Marco y se obtenga un Estatuto Médico y Facultativo propio, la atención continuada (guardias), tiene carácter obligatorio. El personal del SCS tiene una jornada de trabajo obligatoria de 35 horas semanales. Las dos organizaciones sindicales médicas del archipiélago demandan que la atención continuada obligatoria venga incluida en el horario obligatorio de trabajo y retribuido su tiempo, al menos, de forma equivalente a la que se percibe el salario de la hora ordinaria de trabajo. Por tanto, la Administración, atendiendo a los periodos de descanso obligatorios, debe asumir que la asistencia sanitaria a la ciudadanía debe alcanzarse en el horario obligatorio legalmente establecido de 35 horas semanales y 1.778 horas anuales. En determinadas circunstancias la legislación europea permite el trabajo semanal hasta 48 horas, pero no de manera obligatoria, sino complementaria y opcional. Todo el trabajo que se realice fuera de las 35 horas obligatorias tendrá carácter voluntario o deberá quedar justificado y plenamente motivado por las necesidades del servicio, una vez resulte probado que los servicios esenciales no quedan cubiertos. En caso contrario -en caso de sumar horas de trabajo a la jornada obligatoria, no para atender a los servicios esenciales sino para atender a la asistencia ordinaria programada-, se estará haciendo un uso fraudulento de las horas de trabajo no obligatorias que excedan de las 35 horas semanales.

Así que, los responsables políticos y los gestores sanitarios tienen pendiente explicar a los ciudadanos y a los profesionales, cuál es su modelo prioritario de atención de salud. Si será el de la asistencia ordinaria de demanda programada o el de la atención continuada. En el caso de que se quieran atender ambos modelos, es claro y evidente que existe un déficit estructural de personal cualificado y una notable infrafinanciación crónica del sistema público de salud. Estos dos elementos, como ya se ha apuntado anteriormente, se retroalimentan, pues el primero persistirá si no se eleva la financiación que, entre otros factores, mejore radicalmente las condiciones retributivas, organizativas y de descanso del personal médico y facultativo. No puede seguir pretendiendo la Administración ofrecer la garantía de asistencia sanitaria a la ciudadanía sosteniendo el sistema con la mano de obra barata de su personal de mayor cualificación y excelencia profesional. En el apartado correspondiente se detallarán las propuestas sobre atención continuada, retribución y descanso.

Resulta, por tanto, algo desencajada la lectura del encabezado de la propuesta última de la Dirección del SCS: "*La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias presenta este documento como base para una futura negociación en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad. La Administración busca conciliar la mejora de las condiciones laborales y retributivas con la sostenibilidad presupuestaria del Servicio Canario de la Salud, garantizando la atención sanitaria a la ciudadanía canaria".*

No puede garantizarse adecuadamente la atención a la ciudadanía si se pretende abordar este conflicto en una Mesa Sectorial de Sanidad en la que el colectivo médico y facultativo cuenta con una representación claramente insuficiente, sin dar al mismo tiempo respuesta a las demandas históricas que viene planteando la profesión. La resolución del conflicto resulta aún más compleja si, bajo el concepto de «sostenibilidad presupuestaria del Servicio Canario de la Salud», se pretende condicionar las mejoras retributivas específicas reclamadas por los médicos y facultativos a su aplicación correlativa al conjunto del personal adscrito al SCS. Un planteamiento de esta naturaleza excede la capacidad de

decisión del propio Servicio Canario de la Salud y sitúa necesariamente parte de la solución del conflicto en el ámbito del Gobierno de Canarias y de su capacidad de decisión política.

Hecho este preámbulo cuya finalidad es la de recentrar el conflicto respecto a sus causas y posibles soluciones, pasaremos seguidamente a tratar cada uno de los aspectos que se reclaman estructurados en 18 capítulos que dan cuerpo a los tres pilares de reclamaciones sobre representación, retribución y jornada de trabajo y descanso

---

1. ESTATUTO MÉDICO Y FACULTATIVO PROPIO

1.1. Propuesta

CESM Canarias y SEMCA reclaman que el Servicio Canario de la Salud, la Consejería de Sanidad y el Gobierno de Canarias asuman una posición activa, expresa y coherente en defensa de la aprobación de un Estatuto Médico y Facultativo propio y diferenciado, promoviendo esta reivindicación en todos aquellos ámbitos institucionales y políticos en los que dispongan de capacidad de actuación.

A tal efecto, se solicita:

- Asumir formalmente esta reivindicación, trasladándola, defendiéndola e impulsándola ante el Ministerio de Sanidad y en los ámbitos estatales de negociación y coordinación sanitaria en los que participe la Comunidad Autónoma de Canarias, con el objetivo de promover su reconocimiento y aprobación como norma básica estatal.
- Promover ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una iniciativa dirigida a favorecer la apertura de una negociación específica con los representantes sindicales de la profesión médica y facultativa para el estudio y aprobación de una norma estatutaria propia.
- Mantener una posición contraria al actual proyecto de Estatuto Marco impulsado por el Ministerio de Sanidad mientras no incorpore el reconocimiento de un Estatuto Médico y Facultativo propio y diferenciado.
- Establecer un cauce de audiencia con las organizaciones sindicales profesionales médicas durante la tramitación parlamentaria de la futura normativa, con el objeto de conocer sus propuestas y, tras su valoración, promover las iniciativas o enmiendas que correspondan ante las Cortes Generales.
- Apoyar institucionalmente las iniciativas parlamentarias que, tanto en el Parlamento de Canarias como en las Cortes Generales, tengan por objeto reconocer, impulsar o favorecer la creación de un Estatuto Médico y Facultativo propio.
- Promover en el Parlamento de Canarias una iniciativa dirigida a instar al Gobierno de Canarias para que, a su vez, reclame al Ministerio de Sanidad y al Gobierno de España la apertura de una negociación con las organizaciones sindicales estatales representativas de médicos y

facultativos, entre ellas la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) y la Unión de Médicos y Facultativos (UMYF).

- Mantener esta posición de forma coherente en todos los ámbitos institucionales, políticos y de negociación en los que participe la Comunidad Autónoma, evitando actuaciones o pronunciamientos contradictorios con el compromiso asumido ante los médicos y facultativos de Canarias.

1.2. Fundamentación de la reclamación

La reivindicación de un Estatuto Médico y Facultativo propio responde a la existencia de características profesionales específicas que diferencian sustancialmente el ejercicio de la Medicina y de las restantes profesiones facultativas sanitarias de otros colectivos del sistema sanitario.

La elevada cualificación requerida, la duración del proceso formativo, la responsabilidad clínica y profesional, la organización de la jornada, la atención continuada, los sistemas de descanso y las condiciones particulares de desarrollo profesional justifican la existencia de un marco normativo capaz de abordar de forma específica estas singularidades.

La aprobación de una norma estatal de estas características no corresponde directamente al Servicio Canario de la Salud ni a la Comunidad Autónoma de Canarias. Sin embargo, ello no impide que la Administración sanitaria canaria adopte una posición activa en defensa de esta reivindicación y utilice su capacidad institucional para trasladarla e impulsarla ante los órganos competentes.

Por tanto, lo que se reclama a la Administración canaria no es la aprobación directa del Estatuto, sino la asunción expresa de esta reivindicación y el ejercicio efectivo de su capacidad política e institucional para favorecer su negociación y aprobación.

1.3. Estimación económica

Las actuaciones recogidas en este objetivo tienen carácter fundamentalmente institucional, político y normativo, por lo que no comportan un impacto presupuestario directo para el Servicio Canario de la Salud.

Los posibles efectos económicos que pudieran derivarse en el futuro de la aprobación de un Estatuto Médico y Facultativo propio dependerán del contenido de la norma que finalmente se acuerde y, por tanto, no pueden imputarse económicamente a este objetivo.

1.4. Reclamación a la Administración

Se reclama que el Servicio Canario de la Salud eleve formalmente esta reivindicación a la Consejería de Sanidad y al Gobierno de Canarias y que, conjuntamente, las instituciones autonómicas:

1. Asuman públicamente la defensa de un Estatuto Médico y Facultativo propio y diferenciado.
2. Promuevan su negociación ante el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
3. Impulsen las iniciativas institucionales y parlamentarias necesarias para favorecer su desarrollo.
4. Mantengan la participación de las organizaciones sindicales profesionales médicas en las actuaciones que se desarrollen en esta materia.
5. Sostengan una posición coherente en todos los ámbitos institucionales en los que participe la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. REPRESENTACIÓN COLECTIVA DE MÉDICOS Y FACULTATIVOS

2.1. Propuesta

- Creación de una Mesa de Negociación propia de Médicos y Facultativos, como ámbito específico de negociación de las condiciones laborales, profesionales, organizativas y retributivas que afectan singularmente a este colectivo.
- Subsidiariamente, en caso de no resultar legalmente viable sin previa modificación estatutaria la constitución de dicha Mesa, creación de Juntas de Personal específicas de Médicos y Facultativos, diferenciadas de las correspondientes al resto de categorías profesionales.

2.2. Fundamentación de la reclamación:

Estas medidas tendrán como finalidad garantizar una representación colectiva propia, directa y efectiva, acorde con las características, responsabilidades y condiciones específicas del ejercicio de las profesiones médicas y facultativas.

En este sentido, las organizaciones sindicales profesionales médicas presentan en este pliego de condiciones un modelo de reordenación de las Juntas de Personal del Servicio Canario de la Salud que, además de conseguir el objetivo de que el colectivo médico y facultativo pueda disponer de sus propios órganos de representación, también se constituyan para el colectivo sanitario no facultativo y el colectivo administrativo. Se constituirán así 3 juntas de personal en cada una de las áreas de salud. Estas Juntas de Personal serán las de Personal Sanitario Facultativo (médicos y facultativos), Personal Sanitario No Facultativo y Personal Administrativo.

Para presentar el supuesto de las nuevas Juntas de Personal se han seguido los siguientes parámetros:

- Se replica el modelo que la propia Administración utiliza para estructurar su plantilla de personal, siguiendo criterios de agrupación con adecuada homogeneización.
- Se tiene en cuenta la plantilla publicada en el portal de transparencia del SCS atendiendo al personal del epígrafe de plantilla orgánica.

- Se mantiene el criterio territorial de adscribir cada una de las Juntas de Personal a las siete áreas de salud existentes.
- Se persigue incrementar la proporcionalidad en la representación, de tal manera que los colectivos de Médicos y Facultativos (el más infrarrepresentado con un 21% de delegados) y el de Administrativos (23% de delegados) corrijan su infrarrepresentación, y que el de personal sanitario no facultativo, corrija su sobrerrepresentación. Este último aspecto resulta remarcable, pues a día de hoy este colectivo dispone del 55% de los delegados de la mesa sectorial, resultando evidente que no solo está sobrerrepresentado, sino que al superar el 50% consigue, de hecho, tener asegurada en todas las ocasiones la mayoría decisoria de la mesa sectorial de sanidad. Con la reforma presentada, este colectivo seguirá teniendo la principal representación en la mesa negociadora, pero por debajo del 50%. Los porcentajes de representación para cada uno de los tres colectivos serán del 41% para el personal sanitario no facultativo, y del 29% tanto para el personal administrativo con para el de los médicos y facultativos.

- Se respeta el art. 7.5 de la Ley 9/1987, que permite a los órganos de gobierno de las Administraciones Públicas, modificar o establecer Juntas de Personal en razón del número o peculiaridades de sus colectivos y adecuarlas a los ámbitos de negociación. Tal capacidad se refuerza con el art. 39.4 EBEP, que habilita al Estado y a las CCAA a regular las unidades electorales y a modificarlas, con acuerdo sindical, atendiendo al número y peculiaridades de los colectivos y a los ámbitos de negociación. La medida es compatible con el art. 28 CE y con la LOLS, en tanto que responde a criterios objetivos (peculiaridades del colectivo médico y su peso en el sistema sanitario) y no excluyentes (se propone igual medida para los otros colectivos de trabajadores ya referidos) y se adopta con acuerdo de los sindicatos legitimados, sin excluir a ninguna organización del proceso electoral ni de la posibilidad de alcanzar la representatividad necesaria para acceder a la Mesa Sectorial.

2.3. Estimación económica

La creación de un ámbito específico de negociación para médicos y facultativos tendría un carácter fundamentalmente organizativo e institucional y, por sí misma, no debería generar un impacto presupuestario directo relevante para el Servicio Canario de la Salud.

La eventual reordenación de las Juntas de Personal podría implicar un incremento limitado del gasto si la nueva configuración determinara un mayor número de delegados sindicales y, con ello, un aumento del crédito horario o de determinadas liberaciones sindicales. En cualquier caso, este incremento no equivaldría al salario íntegro de los nuevos representantes, ya que se trata de profesionales que ya forman parte de la plantilla y cuyas retribuciones ya son abonadas por el SCS.

El posible coste adicional se limitaría, en su caso, al tiempo efectivamente dedicado a funciones representativas y a las sustituciones o refuerzos que pudieran resultar necesarios para cubrir parcialmente la actividad asistencial afectada. Su cuantificación exacta dependerá del número final de representantes, del uso real del crédito horario y de las necesidades de cobertura que se produzcan.

Por tanto, con la información actualmente disponible no puede fijarse una cifra exacta, si bien el impacto económico previsible debe considerarse nulo o, en todo caso, muy reducido en relación con el conjunto del gasto de personal del Servicio Canario de la Salud.

Se recoge a continuación, de forma resumida y mediante una tabla comparativa, la distribución de representantes resultante del modelo propuesto y su comparación con la configuración actualmente existente en el Servicio Canario de la Salud.

Junta de Personal	TFE	GC	LNZ	FTV	LPA	GOM	HIE	Delegados actuales	Delegados nueva configuración	Representación nueva (%)	N.º actual de electores	Representación actual (%)
Médicos y Facultativos	27	27	17	13	13	5	5	0	107	29,64 %	7.505	21,15 %
Sanitarios no Facultativos	35	35	21	13	21	13	9	0	147	40,72 %	19.694	55,50 %
Personal no Sanitario	27	27	17	9	13	9	5	0	107	29,64 %	8.286	23,35 %
TOTAL NUEVAS JUNTAS	**89**	**89**	**55**	**35**	**47**	**27**	**19**	**0**	**361**	**100,00 %**	**35.485**	**100,00 %**
TOTAL SCS ACTUAL	**49**	**49**	**25**	**23**	**23**	**17**	**13**	**199**	**—**	**—**	**35.485**	**100,00 %**
INCREMENTO DE DELEGADOS	+40	+40	+30	+12	+24	+10	+6	—	+162	—	—	—

3. RECONOCIMIENTO DEL COLABORADOR DOCENTE EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

3.1. Propuesta

- Reconocimiento formal y generalizado de la figura del Colaborador Docente de Formación Sanitaria Especializada, mediante el correspondiente nombramiento y la acreditación de la actividad docente efectivamente desarrollada.
- Podrán obtener este reconocimiento aquellos médicos y facultativos que participen de manera efectiva, continuada y objetivamente acreditable en la formación, supervisión o capacitación de residentes, conforme a los cauces establecidos por las respectivas unidades docentes y comisiones de docencia.
- El reconocimiento deberá permitir identificar y acreditar formalmente la actividad docente desarrollada por profesionales que, sin ostentar la condición de Tutor Principal, participan de forma habitual y programada en la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- El tiempo desempeñado y debidamente acreditado como Colaborador Docente tendrá la consideración de experiencia docente acreditada y será retribuido y valorado específicamente, cuando proceda, en:
    - Carrera profesional.
    - Procesos selectivos.
    - Concursos de traslados.
    - Procesos de provisión de puestos.
    - Bolsas y listas de empleo.
    - Cualquier otro procedimiento en el que resulte valorable la experiencia o actividad docente.
- El reconocimiento tendrá carácter profesional, curricular y administrativo, debiendo quedar documentalmente acreditados tanto el nombramiento como los periodos efectivos de desempeño de la actividad docente.
- La regulación que desarrolle esta figura deberá establecer de forma objetiva:
    - Los requisitos necesarios para obtener la condición de Colaborador Docente.
    - El procedimiento de propuesta, acreditación y nombramiento.
    - Los órganos competentes para su reconocimiento y certificación.
    - Las funciones y actividades docentes susceptibles de ser acreditadas.
    - Los mecanismos de acreditación documental de los periodos de actividad desarrollados.
- Se reclama una retribución por medio de complemento específico de tutor de 500€ al mes y una retribución por medio de complemento específico de colaborador docente de 300€ al mes.

3.2. Fundamentación de la reclamación:

El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, define formalmente en su artículo 13 la figura del Colaborador Docente como aquel profesional que asume activamente la formación de los residentes durante sus rotaciones específicas.
El Colaborador Docente no realiza un mero acompañamiento pasivo; es quien sostiene la formación en el "día a día" a pie de cama, en quirófano o en consulta. Durante estos periodos, el colaborador asume directamente el riesgo inherente a la docencia práctica y las posibles complicaciones clínicas que puedan derivarse de la actividad del personal en formación. Es este profesional quien asume la responsabilidad inmediata de supervisar e intervenir ante incidencias en técnicas invasivas o intervenciones quirúrgicas, corregir la interpretación de pruebas diagnósticas y validar o modificar las pautas de tratamiento prescritas por el residente. Esta tutela continua e inmediata apareja una evidente asunción de responsabilidad civil, patrimonial y deontológica que no puede ser ignorada por la Administración, al margen, además, de la ralentización implícita del desarrollo ordinario de la actividad asistencial debido, precisamente, al tiempo que debe dedicarse a la formación del residente ante el paciente que se atiende.

Por otro lado, el Decreto 103/2014, de 30 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, establece en su artículo 15 las obligaciones del colaborador docente, incluyendo la emisión de informes de evaluación que vinculan directamente la promoción anual del residente. Actualmente, el Servicio Canario de la Salud compensa la labor del tutor principal con una asignación de 210 euros mensuales, existiendo una previsión de incremento hasta los 300 euros al mes; en abierto contraste, la retribución fijada para el colaborador docente se sitúa en los 0 euros a pesar de la reclamación de las dos organizaciones sindicales profesionales médicas.

Exigir funciones regladas de supervisión diaria, evaluación obligatoria y asunción de riesgos clínicos sin contraprestación económica alguna —mientras se reconoce y aumenta la retribución de otra figura de la misma estructura docente— vulnera el principio de equidad laboral *"a igual trabajo, igual retribución"*.

El Servicio Canario de la Salud no puede pretender sostener la excelencia de sus Unidades Docentes exclusivamente sobre el voluntarismo gratuito y la sobrecarga asistencial y de responsabilidad de sus facultativos adjuntos.

3.3. Dimensionamiento de la figura

Con carácter previo a su implantación, la Administración deberá facilitar a las organizaciones negociadoras el número de profesionales que actualmente desarrollan funciones susceptibles de ser reconocidas como Colaborador Docente, desglosada por gerencias, centros, especialidades y unidades docentes.

3.4. Reconocimiento de la actividad docente previamente desarrollada

La regulación deberá contemplar expresamente el reconocimiento de la actividad docente desarrollada con anterioridad a su entrada en vigor, siempre que dicha actividad se acredite de forma objetiva.
A estos efectos, los responsables de cada una de las unidades docentes acreditadas, emitirán -consultados, en su caso, los jefes de servicio o responsables de cada unidad en la que se imparta docencia- certificación de la experiencia docente previa.
Se garantizará que los profesionales que llevan años participando efectivamente en la formación, supervisión y capacitación de residentes no pierdan el reconocimiento de la actividad docente previamente desarrollada por la inexistencia, hasta ese momento, de un nombramiento formal como Colaborador Docente.

3.5. Estimación económica:

Colectivo	Efectivos estimados	Retribución reclamada	Incremento retributivo
Médicos y facultativos Tutores	580	500 €	290 €
Médicos y facultativos Colaboradores Docentes	3.616	300 €	300 €

Coste adicional estimado respecto de la situación actual

Concepto	Incremento anual
Incremento estimado en Tutores	2.018.400 €
Incremento estimado en Colaboradores Docentes	13.017.600 €
SOBRECOSTE RETRIBUTIVO DIRECTO TOTAL	**15.036.000 €**

3.6. Información necesaria para el cierre económico

- Número de facultativos encuadrados en cada uno de los grupos de Tutor y Colaborador Docente.
- Coste real actualmente ejecutado en retribución de Tutores.

4. INCREMENTO DEL COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD FACTOR FIJO

4.1. Propuesta

- Incremento del 30 % del Complemento de Productividad Factor Fijo correspondiente a los médicos y facultativos del Servicio Canario de la Salud.

- El incremento se aplicará sobre las cuantías vigentes del componente vinculado al desempeño del puesto de trabajo, respetando las diferencias actualmente existentes por categoría, ámbito asistencial y nivel de responsabilidad.
- El porcentaje se aplicará de forma exacta sobre la cuantía vigente en cada momento. En consecuencia, las futuras actualizaciones retributivas de carácter general no podrán absorber ni sustituir este incremento específico.
- A efectos de esta cuantificación, no se incluyen la retribución vinculada a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), la Carrera Profesional ni el Factor Variable, al ser materias objeto de apartados económicos independientes y evitar así cualquier doble contabilización.

4.2. Base retributiva vigente y aplicación del 30 %

La Instrucción núm. 01/2026 del SCS, en su Anexo IV.I.A, establece cuantías diferentes del Factor Fijo según el puesto desempeñado En el cuadro siguiente se establece de manera pormenorizada el incremento retributivo para cada puesto.

Puesto / colectivo	2026 vigente	+30 %	Nueva cuantía
Jefe/a de Departamento Sanitario	1.722,53 €	516,76 €	2.239,29 €
Jefe/a de Servicio / Coordinación hospitalaria	1.574,03 €	472,21 €	2.046,24 €
Jefe/a de Sección / Unidad	1.135,91 €	340,77 €	1.476,68 €
Médico adjunto / FEA	678,23 €	203,47 €	881,70 €
Facultativo SNU/SEU	678,23 €	203,47 €	881,70 €
Coordinador/a médico de Equipos de AP	1.386,11 €	415,83 €	1.801,94 €
Coordinador/a médico de Equipo de AP*	770,57 €	231,17 €	1.001,74 €
Médico de Familia / Pediatra de AP*	454,33 €	136,30 €	590,63 €
Farmacéutico/a, Odontoestomatólogo/a y Técnico/a de Salud Pública	563,32 €	169,00 €	732,32 €

** En Atención Primaria, la cuantía indicada corresponde al componente fijo por desempeño del puesto. Las cuantías ligadas a cupo/TSI se valoran separadamente. El 30 % exacto de 454,33 € es 136,30 €, por lo que la nueva cuantía correcta es 590,63 € y no 590,33 € como figura en la propuesta inicial del SCS.*

4.3. Fundamentación de la reclamación:

- El Factor Fijo remunera de forma estable el puesto de trabajo y determinadas responsabilidades asociadas al mismo. Su actualización constituye una mejora estructural y consolidable, frente a fórmulas variables o vinculadas a actividad extraordinaria.
- La propia propuesta del SCS reconoce expresamente la procedencia de un incremento del 30 % para los principales colectivos médicos. La negociación garantizará que esta mejora se aplique de manera homogénea al conjunto de médicos y facultativos, sin pérdida de las diferencias derivadas de jefaturas, coordinaciones u otros puestos de responsabilidad.
- La aplicación porcentual evita distorsiones entre puestos y preserva la estructura retributiva existente: cada profesional mantiene la proporcionalidad correspondiente a su puesto, categoría y responsabilidad.
- La medida contribuye a mejorar la capacidad de captación y fidelización del SCS mediante una retribución fija, previsible y vinculada al puesto, sin depender de la realización de actividad extraordinaria.

4.4. Estimación económica

Para fijar una referencia presupuestaria se han contrastado las cuantías oficiales de 2026, la estructura anual de pago prevista en la Instrucción 01/2026 y la valoración económica manejada por el propio SCS. La Instrucción incluye el Factor Fijo entre los conceptos que integran las pagas adicionales de junio y diciembre, aplicándose en cada una el 65,75 % de la cuantía mensual correspondiente. Por ello, el impacto anual no se limita a doce mensualidades.

Concepto de comprobación	Coste adicional anual
Estimación verificable con puestos básicos: FEA + SNU/SEU	11.419.234,73 €
Estimación verificable con puestos básicos: Medicina de Familia + Pediatría AP	4.241.237,11 €
Subtotal mínimo verificable con ambos grandes grupos	**15.660.471,84 €**
Referencia presupuestaria central adoptada, incorporando la existencia de puestos con cuantías superiores	**15.999.139,15 €**

Coste adicional anual de referencia: ≈ 16,0 millones de euros

Se adopta como cifra central de planificación 15.999.139,15 € anuales, equivalente a aproximadamente 16,0 millones de euros. Esta referencia es superior al subtotal construido únicamente con los dos grandes grupos de puestos básicos lo que resulta más adecuado para una estimación global, al existir jefaturas, coordinaciones y otros puestos facultativos con cuantías de Factor Fijo superiores.

No se incorpora al coste anterior la partida adicional de 1.119.939,74 € identificada como «IT/ITT» en la valoración económica del SCS, ya que la documentación disponible no define su naturaleza ni justifica el porcentaje aplicado. Su eventual incorporación deberá quedar condicionada a que el SCS explique la metodología, la base de cálculo y la razón por la que constituye un coste adicional efectivo de esta medida.

4.5. Reclamación a la Administración y cierre económico

- Aplicación del incremento exacto del 30 % a las cuantías vigentes del Complemento de Productividad Factor Fijo por puesto de trabajo para todos los médicos y facultativos del SCS.
- Corrección de la cuantía propuesta para Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria, de modo que 454,33 € mensuales pasen a 590,63 € mensuales, resultado exacto de aplicar el 30 %.
- Mantenimiento de la diferenciación retributiva entre puestos básicos, jefaturas, coordinaciones y demás niveles de responsabilidad, aplicando el mismo porcentaje sobre la cuantía específica que corresponda a cada puesto.
- Dotación presupuestaria de referencia de 15.999.139,15 € anuales (aproximadamente 16,0 millones de euros) para un ejercicio completo de implantación, pendiente únicamente de la liquidación definitiva con datos de nómina.
- Entrega por el SCS de una extracción de SIRHUS/nómina con el número de perceptores por puesto y categoría, masa anual ejecutada del componente del Factor Fijo objeto de incremento e incidencia de las pagas adicionales de junio y diciembre.
- Aclaración expresa de la partida «IT/ITT» de 1.119.939,74 €, indicando concepto, porcentaje, base de cálculo y motivo de su eventual consideración como coste adicional.

5. COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD FACTOR VARIABLE (INCENTIVOS)

5.1. Propuesta

- Incremento del 50 % de la cuantía máxima individual correspondiente al Complemento de Productividad Factor Variable del personal médico y facultativo del Servicio Canario de la Salud.
- La cuantificación individual del incentivo deberá vincularse al desempeño, actividad y grado de cumplimiento de objetivos.
- La existencia de objetivos generales de servicio, unidad, centro o Gerencia no podrá provocar por sí sola una reducción de la cuantía individual cuando su incumplimiento obedezca a circunstancias organizativas, estructurales o asistenciales ajenas a la actuación del profesional.
- Los objetivos utilizados para determinar la productividad deberán ser objetivos, transparentes, mensurables, previamente conocidos y verificables, y deberán comunicarse antes del inicio del periodo objeto de evaluación.
- El profesional tendrá derecho a conocer el resultado de su evaluación, los indicadores utilizados y la puntuación obtenida, así como a formular las alegaciones que correspondan.

- Las situaciones de incapacidad temporal, permisos legalmente establecidos y demás ausencias protegidas no supondrán minoración de la cuantía del complemento ni penalización en la evaluación del profesional.

5.2. Situación retributiva vigente y aplicación del 50 %

La Instrucción núm. 01/2026 del SCS establece para el personal facultativo del grupo A/A1 una cuantía máxima individual de 3.791,70 € anuales en concepto de Complemento de Productividad Factor Variable correspondiente a los incentivos del ejercicio 2025, abonados en la nómina de marzo de 2026.

Concepto	Cuantía
Cuantía máxima anual vigente	3.791,70 €
Incremento solicitado (+50 %)	1.895,85 €
Nueva cuantía máxima anual	5.687,55 €

El incremento modifica la cuantía máxima de referencia del incentivo. No transforma el complemento en una retribución fija ni supone su percepción automática, que continuará vinculada al cumplimiento de los objetivos y criterios de evaluación establecidos.

5.3. Modificación del sistema de evaluación

La regulación vigente vincula el complemento a la consecución de objetivos de los centros de gestión del SCS y establece posteriormente una asignación individual. De forma excepcional, para el abono realizado en 2026 se consideró un grado de cumplimiento equivalente al 100 % respecto de los objetivos de 2025, aplicándose posteriormente las reducciones individuales correspondientes en función del tiempo considerado de trabajo efectivo.

Se propone evolucionar hacia un modelo en el que la retribución individual dependa fundamentalmente de aquellos resultados sobre los que el profesional tenga capacidad real de actuación.
Podrán mantenerse indicadores generales de unidad, servicio, centro o Gerencia como instrumentos de planificación y evaluación del sistema sanitario, pero no podrán penalizar individualmente al facultativo por circunstancias que no pueda controlar, tales como déficit de plantilla, insuficiencia de recursos, falta de camas, demoras diagnósticas, problemas organizativos o incumplimientos atribuibles a otros niveles de la organización.

Esta formulación permite conservar objetivos comunes cuando resulten necesarios, evitando trasladar al profesional las consecuencias económicas de deficiencias organizativas ajenas a su actividad o desempeño.

5.4. Ausencias protegidas e incapacidad temporal

La regulación vigente considera tiempo de trabajo efectivo determinados periodos, como las vacaciones, permisos y licencias reglamentarias retribuidas, así como las bajas derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Sin embargo, la Instrucción 01/2026 excluye expresamente del tiempo de trabajo efectivo la incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral, produciendo una reducción proporcional del incentivo.

Se propone eliminar esta diferencia y garantizar que las situaciones legalmente protegidas no impliquen penalización económica en un complemento cuya finalidad es reconocer el desempeño profesional.
En consecuencia, las ausencias derivadas de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado del menor, riesgo durante el embarazo o la lactancia, permisos y demás situaciones legalmente protegidas no determinarán una reducción automática de la productividad variable ni se computarán como incumplimiento de objetivos.

5.5. Fundamentación de la reclamación:

- La medida refuerza la función incentivadora del complemento y vincula su percepción al desempeño real y a resultados sobre los que el profesional tenga capacidad efectiva de actuación.
- Evita que problemas estructurales u organizativos ajenos al facultativo se traduzcan en una penalización retributiva individual.
- La definición previa de indicadores objetivos, mensurables y verificables mejora la transparencia, la seguridad jurídica y la homogeneidad de la evaluación entre Gerencias.
- La protección de las situaciones de incapacidad temporal y demás ausencias legalmente protegidas evita una pérdida económica adicional por circunstancias que no constituyen un menor desempeño profesional.
- El incremento del 50 % actualiza el peso económico del incentivo y refuerza su capacidad para reconocer actividad, calidad, cumplimiento de objetivos y aportación efectiva de los médicos y facultativos.

5.6. Estimación económica

Para fijar una referencia presupuestaria se adopta como base la valoración económica del propio SCS para la partida denominada «Incentivos», al constituir la mejor aproximación disponible a la masa económica realmente utilizada por la Administración.

La valoración del SCS asciende a 13.051.196,96 € anuales para el incremento del 50 %. Esta cifra es matemáticamente compatible con una masa retributiva de referencia de 26.102.393,92 € anuales.

Concepto	Importe
Masa retributiva de referencia implícita	26.102.393,92 €
Incremento propuesto	50 %
Coste adicional anual estimado	13.051.196,96 €

Coste adicional anual de referencia: ≈ 13,1 millones de euros

Se adopta como cifra central de planificación 13.051.196,96 € anuales. El coste definitivo deberá ajustarse cuando el SCS facilite el importe que actualmente deja de abonar por las reducciones asociadas a determinadas situaciones de incapacidad temporal y otras ausencias protegidas.

5.7. Programas especiales de reducción de listas de espera

La valoración económica del SCS incorpora adicionalmente una partida denominada «RLE» por importe de 14.183.616,15 € anuales. Dicha partida no se integra en el coste de este objetivo mientras no se identifique con precisión qué programas, conceptos retributivos, actividad y profesionales incluye.
En consecuencia, y para evitar duplicidades con otros apartados de la negociación que ya valoran actividad extraordinaria o programas específicos, la referencia económica del Objetivo 5 se limita al incremento del 50 % de los incentivos ordinarios del Complemento de Productividad Factor Variable.

Para el subepígrafe de incremento de productividad de factor variable (Programas de reducción de listas de espera), se reclama la actualización de las retribuciones conforme al incremento acumulado desde 2014 respecto a las tarifas de ese año y que no han sido actualizadas hasta el momento actual.
La estimación económica final dependerá de los datos que el SCS aporte respecto a la cuantía de retribución de cada uno de los procesos. En todo caso, el incremento que se aplique corresponderá a los datos oficiales el INE del incremento del IPC desde 2014 al momento actual. Esta cifra es del 32,7% si se calcula desde enero de 2014 hasta agosto de 2026.

5.8. Información necesaria para el cierre económico

- Masa retributiva total ejecutada durante el último ejercicio completo por Complemento de Productividad Factor Variable correspondiente al personal médico y facultativo.
- Número de profesionales incluidos en su liquidación, desglosado por categoría, Gerencia y régimen de vinculación.
- Cuantía máxima, cuantía media y cuantía efectivamente abonada al colectivo médico y facultativo.
- Importe total de las reducciones practicadas por incapacidad temporal y otras ausencias, con identificación del motivo de la reducción.
- Criterios, indicadores y ponderaciones utilizados para la evaluación y distribución de la productividad variable.

- Distribución de los grados de cumplimiento y mecanismos de revisión o alegación aplicados.
- En lo que ataña al subepígrafe de programas de reducción de listas de espera: relación de los diferentes procesos y cuantía retributiva asignada, así como número de médicos y facultativos que se acogen a estos programas.
- Identificación de la base utilizada por el SCS para obtener su estimación de 13.051.196,96 € y explicación de la partida adicional denominada «RLE» por 14.183.616,15 € anuales.

5.9. Reclamación a la Administración

- Incrementar, con efectos económicos desde el 1 de enero de 2027, en un 50 % las cuantías del Complemento de Productividad Factor Variable del personal médico y facultativo.
- Fijar, tomando como referencia la cuantía vigente en 2026, una cuantía máxima individual de 5.687,55 € anuales, sin perjuicio de las actualizaciones generales que resulten aplicables.
- Establecer un sistema de evaluación basado en indicadores objetivos, transparentes, mensurables, previamente conocidos y verificables.
- Garantizar que ningún profesional sea penalizado por el incumplimiento de objetivos colectivos derivado de circunstancias ajenas a su desempeño, actividad o capacidad real de actuación.
- Eliminar las reducciones automáticas vinculadas a situaciones de incapacidad temporal, permisos y demás ausencias legalmente protegidas, sin que estas situaciones computen como incumplimiento de objetivos.
- Incorporar estas modificaciones a la correspondiente Instrucción anual de retribuciones del SCS y dotarlas presupuestariamente.
- Validar con datos de nómina la cifra económica definitiva y facilitar a las organizaciones negociadoras la memoria económica desglosada de la medida.
- Respecto al subepígrafe referido a programas de reducción de listas de espera, actualización de las tarifas al incremento del IPC acumulado desde enero de 2014 al momento actual.

6. COMPLEMENTO DE DESTINO

6.1. Propuesta

- Elevación del Complemento de Destino del nivel 24 al nivel 26 para todos los médicos y facultativos del Servicio Canario de la Salud cuyos puestos tengan actualmente asignado dicho nivel.
- Incremento de un nivel del Complemento de Destino para las jefaturas, coordinaciones, subdirecciones, direcciones, gerencias y demás puestos de responsabilidad vinculados a esta estructura, de forma correlativa (25→26, 26→27, 27→28, 28→29 y 29→30), manteniendo la adecuada diferenciación retributiva en función de las responsabilidades desempeñadas.

Se propone una reclasificación del complemento de destino del personal médico/facultativo del SCS, elevando dos niveles los puestos básicos actualmente situados en el nivel 24 y un nivel el resto de los puestos de responsabilidad de la estructura, con el límite del nivel 30.

Puesto / grupo	Nivel actual	Nivel propuesto	Variación
Médico/facultativo - puesto básico	24	26	+2 niveles
Puestos actualmente en nivel 25	25	26	+1 nivel
Jefaturas/coordinaciones actualmente en nivel 26	26	27	+1 nivel
Subdirecciones/direcciones actualmente en nivel 27	27	28	+1 nivel
Jefaturas de Servicio/Departamento, Dirección Médica y equivalentes	28	29	+1 nivel
Gerencias/Direcciones Gerencias	29	30	+1 nivel

Escala resultante: 26 - 27 - 28 - 29 - 30. La propuesta utiliza exclusivamente niveles ya existentes en la escala retributiva del SCS.

6.2. Fundamentación de la reclamación:

- Adecuación del nivel del puesto a la cualificación, especialización y responsabilidad clínica directa del personal médico/facultativo, actualmente situado con carácter general en nivel 24.
- Precedente interno en la propia Administración de la Comunidad Autónoma: la tabla oficial de retribuciones del personal funcionario de 2026 asigna nivel 26 al puesto tipo “Inspectores Médicos/DIR.PN”.
- Preservación de la jerarquía retributiva: al elevar al facultativo de 24 a 26, resulta necesario desplazar un nivel los puestos de jefatura, coordinación, subdirección, dirección y gerencia para mantener la diferenciación asociada a la responsabilidad.
- Captación y fidelización: la medida mejora la posición competitiva del SCS en un contexto en el que otros servicios de salud, entre ellos Euskadi y Cataluña, han incorporado en acuerdos de 2026 mejoras específicas para el colectivo médico con desarrollo en 2027.
- Viabilidad técnica: la reordenación culmina en el nivel 30, ya existente, sin precisarse de la creación nuevos niveles de complemento de destino.

6.3. Estimación económica:

La última publicación oficial del SCS sobre plantillas orgánicas y efectivos reales, referida a 31 de diciembre de 2025, registra 7.712 efectivos reales en “Personal Facultativo: Médicos”. Para estimar la distribución por responsabilidad se utiliza un escenario medio de aproximadamente 500 jefaturas/coordinaciones clínicas dentro de dicho colectivo. La misma publicación registra 118 efectivos reales en “Puestos directivos y de gestión”.

Colectivo	Efectivos estimados	Aplicación
Puestos básicos médico/facultativos	≈ 7.212	24 → 26
Jefaturas/coordinaciones clínicas (incluidas en los 7.712)	≈ 500	+1 nivel
Puestos directivos y de gestión	118	+1 nivel, hasta 30

Coste adicional estimado respecto de la situación actual

Incremento estimado en puestos básicos médico/facultativos	≈ 14,76 M€/año
Incremento estimado en jefaturas/coordinaciones clínicas	≈ 0,58 M€/año
Incremento estimado en puestos directivos y de gestión	≈ 0,14 M€/año
SOBRECOSTE RETRIBUTIVO DIRECTO TOTAL	**≈ 15,49 M€/año**

El importe anterior representa exclusivamente el gasto adicional que supone la reclasificación respecto de lo que el SCS ya abona actualmente por complemento de destino; no representa el coste total del complemento. La estimación central equivale aproximadamente al 0,59 % del Capítulo I del SCS de 2026.

6.4. Reclamación a la Administración y cierre económico

Se reclama que se proceda a:

- Reclasificar en el nivel 26 los puestos básicos de médicos y facultativos actualmente encuadrados en el nivel 24.
- Incrementar en un nivel el Complemento de Destino correspondiente a los puestos de jefatura, coordinación, subdirección, dirección, gerencia y demás puestos de responsabilidad vinculados a esta estructura, manteniendo la adecuada diferenciación retributiva y con el límite máximo del nivel 30.
- Incorporar esta reclasificación a la normativa retributiva y a los instrumentos de ordenación de plantilla que correspondan, garantizando la dotación presupuestaria necesaria para su aplicación.

Para el cierre económico definitivo de la medida, el Servicio Canario de la Salud deberá facilitar la distribución exacta de los puestos ocupados por nivel, categoría y responsabilidad, así como validar mediante los datos de SIRHUS y nómina el coste adicional resultante de la reclasificación propuesta.

7. CARRERA PROFESIONAL

7.1. Propuesta

Se propone una revisión integral de la Carrera Profesional del personal médico y facultativo del Servicio Canario de la Salud, articulada sobre los siguientes elementos:

- Equiparación de las cuantías de Carrera Profesional, como mínimo, con la media de las tres comunidades autónomas o servicios públicos de salud con mayor nivel retributivo para el personal facultativo, mediante una comparación homogénea nivel por nivel.
- Actualización periódica de dicha referencia, evitando que una implantación plurianual determine que las cuantías queden desfasadas antes de culminar su aplicación.
- Reconocimiento del periodo de Formación Sanitaria Especializada -MIR, FIR, PIR, BIR, QIR y equivalentes- a efectos de Carrera Profesional.
- Reconocimiento de los servicios prestados en instituciones, centros y entidades integradas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, en los términos legalmente procedentes.
- Apertura de una convocatoria excepcional para quienes, como consecuencia del reconocimiento de la FSE, adquieran el tiempo necesario para acceder a Carrera Profesional o progresar de nivel.
- Cómputo íntegro del tiempo de servicios efectivamente prestados cuando el facultativo disponga de dos o más titulaciones oficiales de especialista.
- Reconocimiento de los efectos económicos desde el momento en que quede acreditado el cumplimiento de los requisitos temporales y restantes condiciones exigidas para el correspondiente nivel.

7.2. Situación retributiva vigente en 2026

La Instrucción núm. 01/2026 del Servicio Canario de la Salud establece actualmente las siguientes cuantías mensuales de Carrera Profesional para el personal facultativo A/A1:

Nivel	Cuantía vigente 2026
Nivel 1	334,16 €/mes
Nivel 2	534,60 €/mes
Nivel 3	735,05 €/mes
Nivel 4	868,68 €/mes
Nivel 5	1.012,03 €/mes

Estas cantidades constituyen la referencia vigente sobre la que debe calcularse el coste económico adicional real de la propuesta formulada por la Administración.

7.3. Mejora ya propuesta por el Servicio Canario de la Salud

El SCS ha planteado una «revisión histórica de la Carrera Profesional», tomando como referencia la media de las tres mejores carreras profesionales del Sistema Nacional de Salud. La propuesta administrativa establece las siguientes cuantías finales para el personal facultativo A/A1:

Nivel	Vigente 2026	Propuesta final SCS	Incremento mensual
Nivel 1	334,16 €	526,99 €	+192,83 €
Nivel 2	534,60 €	727,43 €	+192,83 €
Nivel 3	735,05 €	927,88 €	+192,83 €
Nivel 4	868,68 €	1.061,51 €	+192,83 €
Nivel 5	1.012,03 €	1.204,86 €	+192,83 €

Incremento uniforme propuesto por el SCS: 192,83 € mensuales en cada nivel.

La propia propuesta del SCS contempla que el incremento se aplique en tres tramos económicos: un tercio en 2027, otro tercio en 2028 y el último en 2029, dentro de los presupuestos de la Comunidad Autónoma.

CESM Canarias y SEMCA asumen estas cuantías como suelo mínimo de la negociación, por cuanto representan una mejora respecto de la regulación retributiva vigente. En todo caso, la referencia económica deberá actualizarse en caso de que la media de las tres comunidades mejor retribuidas evolucione durante el periodo de implantación.

7.4. Actualización obligatoria durante una implantación plurianual

Si la Administración mantiene la aplicación progresiva durante los ejercicios 2027, 2028 y 2029, las cuantías finales no podrán quedar fijadas tomando como referencia exclusiva los valores existentes en 2026.
Las cuantías correspondientes a cada anualidad deberán ser recalculadas y actualizadas en el momento de su aplicación efectiva, teniendo en cuenta:

- la evolución del IPC;
- los incrementos retributivos generales aplicables al personal del sector público y, particularmente, al personal del Sistema Nacional de Salud;
- cualquier otra actualización salarial de carácter general que se produzca durante el periodo de implantación;

- las modificaciones que experimenten las cuantías de Carrera Profesional en los restantes servicios de salud;
- y, de manera específica, la evolución de las tres comunidades autónomas o servicios de salud con mayor nivel retributivo, cuya media deberá volver a calcularse en cada ejercicio.

Por tanto, los valores de 526,99 €, 727,43 €, 927,88 €, 1.061,51 € y 1.204,86 € deben entenderse como valores mínimos de referencia calculados con las magnitudes y condiciones actuales, y no como cantidades que puedan quedar congeladas hasta 2029.
El objetivo debe ser que, al finalizar cada tramo, el personal facultativo del SCS alcance la parte correspondiente de la referencia actualizada en ese ejercicio y no de una referencia histórica calculada tres años antes. Una vez completada la equiparación, la comparación con las tres comunidades mejor retribuidas deberá revisarse anualmente.

7.5. Reconocimiento del periodo de Formación Sanitaria Especializada

Se reconocerá automáticamente, a efectos de Carrera Profesional, el periodo completo de Formación Sanitaria Especializada realizado mediante los sistemas MIR, FIR, PIR, BIR, QIR y restantes modalidades equivalentes.

Dicho periodo tendrá la consideración de servicios computables a efectos del requisito temporal exigido para:

- acceder al primer nivel de Carrera Profesional;
- progresar a los niveles sucesivos;
- y determinar la fecha a partir de la cual se cumple el requisito temporal correspondiente.

El reconocimiento de la FSE no debe limitarse únicamente a los profesionales que actualmente se encuentren fuera del sistema de Carrera Profesional. Se aplicará igualmente a quienes ya tengan reconocido un nivel, de forma que el tiempo de formación pueda determinar, cuando proceda, su acceso al nivel inmediatamente superior.

7.6. Convocatoria excepcional derivada del reconocimiento de la FSE

La incorporación del periodo de Formación Sanitaria Especializada exige habilitar una convocatoria excepcional de Carrera Profesional.

Podrán concurrir a ella los profesionales que, como consecuencia del nuevo cómputo de la FSE:

- alcancen por primera vez el periodo temporal requerido para acceder al Nivel 1;
- completen el tiempo necesario para progresar del Nivel 1 al Nivel 2;
- del Nivel 2 al Nivel 3;
- del Nivel 3 al Nivel 4;
- o del Nivel 4 al Nivel 5.

La convocatoria excepcional resulta necesaria para evitar que el reconocimiento formal del periodo de residencia carezca de efectos reales hasta la siguiente convocatoria ordinaria.

7.7. Reconocimiento de servicios prestados en el Sistema Nacional de Salud

Se reconocerán a efectos de Carrera Profesional los servicios prestados en instituciones, centros y entidades integradas o vinculadas a los diferentes servicios públicos de salud del Sistema Nacional de Salud, en los términos legalmente procedentes.
La movilidad entre servicios de salud no debe provocar la pérdida o retraso del desarrollo profesional cuando se trate de servicios sanitarios efectivos, acreditables y equivalentes. La Administración establecerá un procedimiento homogéneo de acreditación que permita incorporar dichos periodos al expediente de Carrera Profesional.

7.8. Profesionales con dos o más especialidades

Cuando un facultativo disponga de dos o más titulaciones oficiales de especialista, deberá computarse el tiempo total de servicios efectivamente prestados, evitando que los cambios de categoría o el ejercicio sucesivo de diferentes especialidades produzcan interrupciones artificiales en el cómputo temporal de la Carrera Profesional.
La existencia de distintas titulaciones oficiales no podrá determinar que un mismo periodo de actividad profesional efectiva deje de reconocerse a efectos de progresión. Esta medida no implica el doble cómputo simultáneo del mismo periodo, sino garantizar que todo el tiempo real de trabajo facultativo susceptible de reconocimiento sea tenido en cuenta.

7.9. Estimación económica:

A. Coste de la mejora ya propuesta por el SCS
Aunque esta mejora ya haya sido ofrecida por la Administración, debe incorporarse íntegramente a la memoria económica de este objetivo porque supone gasto adicional respecto de las cuantías efectivamente vigentes en la Instrucción 01/2026.

La valoración económica aportada por el propio SCS permite reconstruir una población de 4.628 profesionales actualmente encuadrados en los niveles 1 a 5:

- 4.187 profesionales correspondientes a los niveles 1-4.
- 441 profesionales en el nivel 5.

Aplicando el incremento uniforme de 192,83 €/mes, la propia valoración administrativa asciende a:

4.628 × 192,83 € × 12 meses = 10.709.006,88 €/año

Por tanto, el coste estructural anual de la revisión de cuantías ya propuesta por el SCS asciende a 10.709.006,88 €. Este importe debe formar parte del coste económico total del Objetivo 7, aunque la Administración ya lo haya incorporado a su oferta, porque constituye una mejora nueva respecto del régimen retributivo vigente.

Aplicación escalonada a valores constantes de 2026

A efectos exclusivamente orientativos, si se dividiera de forma lineal en tres tercios y las cuantías no se actualizarán, el gasto adicional acumulado sería:

Ejercicio	Implantación acumulada	Coste adicional de referencia
2027	1/3	3.569.668,96 €
2028	2/3	7.139.337,92 €
2029	3/3	10.709.006,88 €

Estas cantidades son únicamente una equivalencia en euros de 2026. No deben incorporarse al acuerdo como cantidades cerradas, dado que la cifra efectiva de cada ejercicio deberá recalcularse conforme al IPC, las subidas generales y la actualización de la referencia de las tres comunidades mejor retribuidas.

B. Coste adicional derivado del reconocimiento de la FSE

La mejora propuesta por el SCS se refiere a las cuantías económicas de quienes ya están encuadrados en Carrera Profesional, pero no cuantifica el efecto derivado de incorporar el periodo de Formación Sanitaria Especializada.

En la estimación de trabajo disponible se ha considerado un colectivo aproximado de 866,13 profesionales actualmente en Nivel 0 que podrían alcanzar el primer nivel como consecuencia del reconocimiento de la FSE.

Aplicando la cuantía final propuesta por el propio SCS para el Nivel 1:

866,13 profesionales × 526,99 €/mes × 12 meses = 5.477.304,74 €/año

Por tanto, puede utilizarse como estimación central provisional un coste adicional de aproximadamente 5,48 millones de euros anuales por incorporación de profesionales N0 al Nivel 1.

Esta cifra debe ser validada por el SCS mediante extracción real de profesionales sin nivel reconocido que, una vez incorporado el periodo FSE, reúnan los restantes requisitos. Además, esta cuantificación no incluye a los profesionales que ya se encuentran en Niveles 1 a 4 y que, gracias al reconocimiento de la FSE, puedan adquirir derecho a progresar al nivel inmediatamente superior.

Igualmente, las cifras de los profesionales que se encuadrarán en cada uno de los niveles, no solo tendrán en cuenta las nuevas incorporaciones, sino también la del cese de actividad por jubilaciones y otras causas.

C. Coste estructural cuantificado de referencia

Con los datos actualmente disponibles, el coste estructural anual puede resumirse de la siguiente manera:

Componente	Coste anual a pleno despliegue
Mejora de cuantías N1-N5 ya propuesta por el SCS	10.709.006,88 €
Estimación incorporación N0 → N1 por reconocimiento FSE	5.477.304,74 €
TOTAL CUANTIFICADO DE REFERENCIA	**16.186.311,62 €**

ESTIMACIÓN ECONÓMICA ESTRUCTURAL DE REFERENCIA: ≈ 16,19 MILLONES DE EUROS/AÑO

Esta cifra no representa todavía el coste máximo o definitivo de la medida, ya que quedan pendientes de cuantificación:

- los profesionales actualmente situados en N1-N4 que progresen como consecuencia del reconocimiento de la FSE;
- los profesionales que deban incorporarse por primera vez al sistema y los que cesan su actividad por jubilación y otras causas.
- los efectos derivados del reconocimiento de servicios previos en otros servicios del SNS;
- los efectos derivados de la correcta acumulación del tiempo trabajado con distintas especialidades;
- los posibles efectos económicos retroactivos desde la fecha efectiva de cumplimiento de requisitos;
- y las actualizaciones que se produzcan por IPC, incrementos salariales generales o evolución de las cuantías en las comunidades autónomas de referencia.

Por ello, 16,19 millones de euros anuales debe considerarse una estimación central de partida y no el techo económico de la propuesta.

7.10. Efectos económicos

Los efectos económicos derivados del acceso o progresión de nivel se producirán desde la fecha en que quede acreditado el cumplimiento del periodo temporal y de los restantes requisitos exigibles.
Cuando el reconocimiento posterior de servicios prestados, del periodo de FSE o de cualquier otro periodo computable permita acreditar que dichos requisitos se cumplían en una fecha anterior, se

reconocerán los efectos económicos que correspondan conforme al ordenamiento jurídico y a la regulación que resulte de la negociación.
El eventual coste derivado de atrasos tendrá carácter no recurrente y deberá cuantificarse separadamente del coste estructural anual.

7.11. Fundamentación de la reclamación:

- La Carrera Profesional constituye un instrumento de reconocimiento del desarrollo, experiencia y permanencia del personal facultativo.
- La revisión corrige el desfase retributivo existente respecto de otros servicios de salud y mejora la capacidad de captación y fidelización de especialistas.
- El reconocimiento de la Formación Sanitaria Especializada permite valorar adecuadamente una actividad profesional desarrollada dentro del propio sistema sanitario público.
- El reconocimiento de servicios prestados favorece la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud sin penalizar la trayectoria profesional.
- La medida evita diferencias injustificadas entre profesionales con experiencia efectiva equivalente y aporta estabilidad, previsibilidad y transparencia al modelo de progresión profesional.
- El reconocimiento del periodo de FSE ya ha sido establecido por el Tribunal Supremo en sentencia casacional.
- El acceso al primer nivel de encuadramiento de los médicos y facultativos se produce muy tardíamente respecto a cualquier otro de los empleados públicos del SCS dado que su formación profesional requiere carreras muy prolongadas hasta poder acceder al mercado laboral. El grado de medicina requiere seis años y el promedio de preparación y acceso a la FSE se sitúa en los cinco años. Mientras que los médicos y facultativos necesitan estos once años para acceder a la carrera profesional, el promedio del resto de empleados públicos del SCS se sitúa por debajo de la mitad de este horizonte temporal.

La propia Administración reconoce la necesidad de una revisión histórica de las cuantías y ha establecido una nueva tabla económica tomando como referencia los servicios de salud mejor retribuidos. La propuesta sindical parte de ese avance y lo completa mediante el reconocimiento efectivo de la trayectoria profesional, la FSE y los servicios prestados.

7.12. Información necesaria para el cierre económico

- Número de facultativos encuadrados en cada uno de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5.
- Número de facultativos actualmente en Nivel 0 (aquellos que trabajan sin llegar a cumplir las condiciones de tiempo efectivo trabajado exigidas actualmente sin computar el tiempo de FSE)
- Distribución de dichos profesionales por años de servicios computables.
- Número de profesionales que adquirirían derecho al Nivel 1 tras incorporar la FSE.
- Número de profesionales de los niveles 1 a 4 que progresarían al nivel siguiente como consecuencia del mismo reconocimiento.

- Coste real actualmente ejecutado en Carrera Profesional.
- Coste presupuestario calculado por el SCS para cada uno de los tramos de 2027, 2028 y 2029.
- Metodología utilizada para determinar la media de las tres comunidades autónomas o servicios de salud de referencia.
- Previsión económica de los posibles atrasos derivados del reconocimiento de derechos con efectos anteriores.

7.13. Reclamación a la Administración

1. Dar por incorporadas como cuantías mínimas de referencia las propuestas por el Servicio Canario de la Salud para los cinco niveles de Carrera Profesional.
2. Garantizar que, si su implantación se desarrolla durante 2027, 2028 y 2029, las cuantías se recalculen en cada ejercicio, teniendo en cuenta la evolución del IPC, las subidas retributivas generales y las modificaciones de las carreras profesionales de los servicios de salud utilizados como referencia.
3. Establecer una revisión anual automática de la referencia de las tres comunidades autónomas o servicios de salud mejor retribuidos.
4. Reconocer íntegramente el periodo de Formación Sanitaria Especializada a efectos de Carrera Profesional.
5. Abrir una convocatoria excepcional para materializar inmediatamente los nuevos derechos de acceso o progresión generados por dicho reconocimiento.
6. Reconocer los servicios prestados en el conjunto del Sistema Nacional de Salud en los términos legalmente procedentes.
7. Garantizar el cómputo íntegro del tiempo de servicios efectivos de los profesionales con dos o más titulaciones oficiales de especialista.
8. Reconocer los efectos económicos desde la fecha en que se acrediten los requisitos exigibles.

Estimación económica de referencia

Coste estructural anual actualmente cuantificado a pleno despliegue: 16.186.311,62 € -aproximadamente 16,19 millones de euros anuales-, de los cuales:

- 10,71 M€ corresponden a la mejora retributiva ya ofrecida por el SCS respecto de las cuantías vigentes en 2026.
- 5,48 M€ corresponden a la estimación inicial del acceso al Nivel 1 por reconocimiento de la FSE.

El coste definitivo deberá incrementarse con el impacto que resulte de las restantes progresiones de nivel, efectos económicos retroactivos y actualizaciones anuales que se determinen.

8. MÓDULOS DE COMPENSACIÓN POR EXENCIÓN DE GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

8.1. Propuesta

Se propone la recuperación, actualización y ampliación del sistema de módulos de compensación asociado a la exención voluntaria de guardias y atención continuada del personal médico y facultativo del Servicio Canario de la Salud.

La propuesta actúa simultáneamente sobre cuatro elementos esenciales:

- reducción de la edad de acceso desde los 55 hasta los 50 años;
- recuperación de los módulos eliminados respecto del régimen originario;
- ampliación progresiva del número máximo de módulos hasta alcanzar 5 módulos mensuales en Atención Hospitalaria y 4 en Atención Primaria;
- actualización permanente de su valor económico para que continúen compensando realmente la pérdida de retribuciones derivada de dejar de realizar guardias.

El sistema tendrá carácter voluntario y deberá aplicarse de forma homogénea en todo el Servicio Canario de la Salud.

8.2. Antecedentes y régimen originario

El Acuerdo de 1 de diciembre de 2001, aprobado por Acuerdo del Gobierno de Canarias de 13 de diciembre de 2001, reconoció la exención voluntaria de guardias a los facultativos mayores de 55 años. Para Atención Hospitalaria estableció:

- módulos de trabajo de 4 horas;
- retribución de cada módulo equivalente a una guardia de presencia física de 17 horas;
- determinación del número de módulos en función de la actividad previa de guardias;
- y un máximo de cuatro módulos mensuales.

Para Atención Primaria estableció igualmente módulos de 4 horas y un máximo de tres módulos mensuales, vinculando su cuantía y número a la actividad de atención continuada realizada previamente.

Las limitaciones introducidas posteriormente han determinado que, en la práctica, deban recuperarse:

- el cuarto módulo de Atención Hospitalaria;
- y el tercer módulo de Atención Primaria.

Se plantea, por tanto, la recuperación de los derechos retributivos originarios y su posterior ampliación, evitando referencias causales no necesarias y centrando la reclamación en la restitución del régimen reconocido y en su adaptación a la realidad retributiva actual.

8.3. Medidas propuestas

La implantación se articula en dos fases, diferenciando la recuperación inmediata de módulos previamente reconocidos de la ampliación adicional del sistema.

8.3.1. Recuperación inmediata de los módulos previamente reconocidos

Atención Hospitalaria
Recuperación inmediata del cuarto módulo mensual, pasando del máximo efectivo actual de 3 a 4 módulos y restableciendo el régimen originariamente reconocido.

Atención Primaria
Recuperación inmediata del tercer módulo mensual, pasando del máximo efectivo actual de 2 a 3 módulos y restableciendo igualmente el régimen previamente reconocido.

Estas dos actuaciones tienen carácter de recuperación de derechos retributivos y no de creación de un nuevo concepto.

8.3.2. Ampliación adicional del número de módulos

Atención Hospitalaria
- Creación de un quinto módulo mensual, alcanzándose un máximo de 5 módulos mensuales.

Atención Primaria
- Creación de un cuarto módulo mensual, alcanzándose un máximo de 4 módulos mensuales.

La evolución queda, por tanto, claramente diferenciada:

Ámbito	Situación actual	Recuperación inmediata 2027	Objetivo 2028
Atención Hospitalaria	3	4	5
Atención Primaria	2	3	4

En ambos ámbitos, el despliegue completo representa dos módulos mensuales adicionales respecto de la situación efectiva actual.

8.3.3. Acceso voluntario desde los 50 años

Se reconocerá el derecho a solicitar voluntariamente la exención de guardias y atención continuada y el correspondiente acceso al sistema compensatorio de módulos desde el cumplimiento de los 50 años.

Por tanto, se modifica la edad originaria de 55 años:

Edad de acceso: 55 años → 50 años

La propuesta formal remitida por el SCS ya reconoce la necesidad de reducir la edad, pero plantea hacerlo únicamente hasta los 53 años. Se asume este avance de la Administración como punto de partida, manteniéndose la reclamación de completar la reducción hasta los 50 años.
A efectos presupuestarios deberá computarse todo el coste respecto de la situación vigente, incluido el tramo que la Administración ya ha asumido, porque sigue constituyendo gasto adicional respecto del régimen actual.

8.4. Valor económico de los módulos

El módulo no puede convertirse en una cuantía fija independiente de la guardia, porque su razón de existir es compensar la pérdida económica sufrida por el facultativo que deja de realizar atención continuada.

El Acuerdo originario ya establecía para Atención Hospitalaria que cada módulo se retribuyera como una guardia presencial de 17 horas. Por ello, la cuantía de los módulos deberá actualizarse automática y simultáneamente cada vez que se modifique la retribución de la atención continuada.

Regla de actualización: el valor de los módulos quedará automáticamente vinculado a las cuantías finalmente acordadas en el Objetivo 9 - Atención Continuada.

Para Atención Hospitalaria:

- Valor del módulo ordinario = valor económico de la guardia presencial de referencia que corresponda conforme al sistema de atención continuada vigente.

Para Atención Primaria:

- El cálculo deberá respetar la actividad de atención continuada que corresponda al profesional, aplicando igualmente las tarifas de guardia actualizadas y evitando que el módulo quede congelado en valores históricos.

Cuando el profesional hubiera realizado habitualmente guardias localizadas, presenciales o una combinación de ambas, se mantendrá la equivalencia económica correspondiente a la modalidad efectivamente realizada.

8.5. Un módulo mensual con valor de domingo o festivo

Dentro del número de módulos reconocido a cada profesional, como mínimo uno de ellos cada mes deberá tener una cuantía equivalente a una guardia realizada en domingo o día festivo.

Cualquier mejora o actualización retributiva de las guardias se trasladará automáticamente al módulo.

8.6. Modificación del periodo utilizado para determinar el número de módulos

El sistema originario utiliza como referencia las guardias realizadas en los doce meses inmediatamente anteriores al reconocimiento de la exención.

Ese criterio resulta poco representativo. Un facultativo puede haber realizado guardias durante veinte o treinta años y reducirlas circunstancialmente durante su último año por razones organizativas, de salud, adaptación del puesto, reducción de jornada o necesidades del servicio.

Se propone sustituirlo por el siguiente criterio:

Criterio propuesto: el número de módulos se determinará tomando como referencia la media mensual de guardias o de atención continuada realizada durante el conjunto de la vida profesional efectiva en la que el facultativo haya estado adscrito a un sistema de guardias o atención continuada.

A estos efectos:

- se utilizará todo el periodo histórico que pueda acreditarse mediante nóminas, SIRHUS u otros registros administrativos;
- no se computarán como cero los periodos en los que el profesional no estuviera obligado o adscrito a guardias;
- se excluirán del divisor los periodos de incapacidad temporal prolongada, embarazo, permisos protegidos, reducciones legalmente reconocidas o cualquier otra situación que pueda distorsionar el resultado de la media;
- cuando no resulte posible reconstruir toda la trayectoria, se utilizará el periodo histórico más amplio que pueda acreditarse;
- la falta de conservación de datos por parte de la Administración no podrá perjudicar al profesional.

Con ello, la compensación reflejará la pérdida retributiva estructural que ha sufrido el médico al abandonar las guardias y no una fotografía accidental de sus últimos doce meses.

8.7. Mantenimiento durante la prolongación voluntaria en servicio activo

Se garantizará el mantenimiento de las retribuciones vinculadas a los módulos cuando el médico o facultativo prolongue voluntariamente su permanencia en servicio activo más allá de la edad ordinaria de jubilación.

El profesional conservará:

- el número de módulos que tenga reconocido;
- su actualización económica;
- y los mismos criterios de equivalencia con la atención continuada.

Cuando por razones organizativas no resulte posible realizar materialmente los módulos, deberá abonarse una compensación económica equivalente, de forma que la prolongación voluntaria no produzca una pérdida retributiva.

8.8. Estimación económica para cada médico o facultativo

Debe distinguirse entre quienes ya pueden acceder al sistema por edad y quienes adquieren el derecho cinco años antes como consecuencia de la nueva propuesta.

Facultativos de 55 o más años que ya pueden acceder al sistema

Ámbito	Actual	Final	Mejora máxima
Atención Hospitalaria	Hasta 3	Hasta 5	+2 módulos/mes
Atención Primaria	Hasta 2	Hasta 4	+2 módulos/mes

Para un facultativo que por su actividad histórica tenga derecho al máximo, el despliegue completo supone 24 módulos equivalentes de guardia adicionales al año, además de la mejora económica derivada de actualizar todos los módulos al nuevo precio de la atención continuada y de valorar uno de ellos cada mes como domingo o festivo.

Facultativos de 50 a 54 años

Para este colectivo el cambio es mayor, porque actualmente no dispone de acceso ordinario por edad. Con la propuesta podrá acceder voluntariamente desde los 50 años a hasta 5 módulos mensuales en Atención Hospitalaria y hasta 4 módulos mensuales en Atención Primaria, siempre en función de su historial de guardias conforme al nuevo sistema de cálculo.

Para estos profesionales no se trata únicamente de incrementar dos módulos: se anticipa cinco años el acceso al conjunto del derecho compensatorio.

8.9. Referencia económica individual con la propia propuesta del SCS

La propuesta actual de la Administración resulta útil para dimensionar una referencia económica mínima. El SCS plantea que, con su nuevo modelo de guardias, el módulo hospitalario mantenga aproximadamente su valor actual. En Gran Canaria y Tenerife, una guardia de referencia de 10 horas nocturnas a 40,73 €/h equivale a unos 407,30 €, prácticamente idénticos a los 407,32 € resultantes de 17 horas a 23,96 €/h en el modelo anterior.

Por tanto, solo por aumentar dos módulos, y aun sin incorporar la mejora económica reclamada para las guardias:

Incremento mensual de referencia: 2 × 407,30 € = 814,60 € adicionales al mes

Incremento anual de referencia: 814,60 € × 12 = 9.775,20 € adicionales al año por facultativo

Esta cuantía es únicamente la ampliación cuantitativa de dos módulos. A ella deberá añadirse la revalorización de los módulos en el momento en que se aumente la retribución de las guardias, el diferencial correspondiente al módulo valorado como domingo/festivo y, para los profesionales de 50 a 54 años, el valor completo de los módulos a los que antes no podían acceder.

Por tanto, 9.775,20 €/año constituye una referencia individual mínima y no la estimación económica final de la propuesta.

8.10. Estimación económica:

Como punto de partida debe utilizarse la propia valoración económica de la Administración, al disponer el SCS de información de personal y de actividad que no figura de forma completa en las fuentes públicas.

La reconstrucción de la valoración económica del SCS cuantifica el bloque de módulos en 22.395.044,10 euros anuales, diferenciando el incremento del número de módulos y el adelanto de la edad de acceso.

Medida	Coste anual estimado
Incremento del número de módulos	3.958.419,90 €
Adelanto de la edad de 55 a 50 años	18.436.624,20 €
TOTAL	**22.395.044,10 €**

La tabla original que aporta la Administración no permite reconstruir con total fiabilidad el número de beneficiarios, el promedio de módulos supuesto ni la distribución por modalidad de guardia. Por ello, el SCS deberá confirmar formalmente la metodología utilizada, aportando el número de médicos afectados y el de módulos realizados

Impacto estructural anual mínimo actualmente cuantificado: ≈ 22,40 millones de euros/año

8.11. La estimación de 22,40 millones no son todavía el coste final

La estimación administrativa permite cuantificar fundamentalmente dos componentes:

- el incremento del número de módulos;
- la ampliación del colectivo con acceso desde los 50 años.

La propuesta sindical contiene además un tercer componente económico: la revalorización del precio de todos los módulos conforme evolucione las guardias.

El coste final deberá recalcularse cuando se fije la nueva retribución de la atención continuada del Objetivo 9.

Fórmula de cierre económico: coste por ampliación de edad + coste por incremento del número de módulos + coste de actualización económica de todos los módulos + diferencial de un módulo mensual de domingo/festivo

La referencia correcta para negociación es 22,40 M€/año como impacto estructural mínimo actualmente cuantificado, más el diferencial que resulte de actualizar el valor de los módulos conforme a la retribución finalmente acordada para las guardias y de garantizar un módulo mensual al valor de domingo/festivo.

8.12. Fundamentación de la reclamación:

El sistema de módulos nació para evitar que la exención de guardias asociada a la edad supusiera una pérdida retributiva desproporcionada para profesionales que habían sostenido durante años la atención continuada.

La ampliación propuesta persigue:

- reducir la exposición continuada a jornadas prolongadas y nocturnas desde los 50 años;
- favorecer la permanencia en activo de profesionales experimentados;
- reducir el desgaste acumulado tras décadas de guardias;
- evitar que acogerse a la exención comporte una pérdida económica abrupta;
- recuperar las condiciones sustraídas por la crisis económica de 2008-2010 e inicialmente reconocidas en 2001;
- mantener una relación objetiva entre la compensación económica y la guardia que se deja de realizar.

El adelanto de la edad no constituye únicamente una mejora retributiva, sino también una medida de ordenación de la vida laboral, retención y adaptación progresiva de las condiciones de trabajo.

8.13. Información necesaria para estimación definitiva del coste

Para sustituir la estimación por una memoria económica definitiva, el Servicio Canario de la Salud deberá facilitar:

- número actual de perceptores de módulos, separado entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria;
- distribución de los perceptores por edades;
- número de profesionales de 50-52, 53-54 y 55 o más años susceptibles de acogerse a la exención;
- número medio efectivo de módulos actualmente reconocido por profesional;
- distribución entre guardias presenciales, localizadas y mixtas;
- cuantía anual actualmente ejecutada en módulos;
- número de profesionales que realizan actualmente 1, 2, 3, 4 o más guardias mensuales;
- histórico de actividad de guardias disponible en SIRHUS o nómina;
- metodología exacta utilizada para obtener la valoración administrativa de 22.395.044,10 €;
- simulación del coste aplicando las nuevas cuantías de atención continuada que finalmente se acuerden.

8.14. Reclamación a la Administración:

1. Recuperar inmediatamente para 2027 el cuarto módulo mensual en Atención Hospitalaria y el tercero en Atención Primaria.
2. Reconocer, con efectos no posteriores a 2028, un quinto módulo en Atención Hospitalaria y un cuarto módulo en Atención Primaria.
3. Reducir de 55 a 50 años la edad de acceso voluntario a la exención y al sistema compensatorio. Se facilitará un proceso gradual de transición de implantación de la medida de tal forma que se acceda a la exención desde los 53 años en 2027, desde los 51 años en 2028 y desde 50 años en 2029.
4. Vincular automáticamente el valor económico de todos los módulos a la evolución de la retribución de la atención continuada establecida en el Objetivo 9.
5. Garantizar que al menos uno de los módulos mensuales se retribuya por una cuantía equivalente a la guardia correspondiente realizada en domingo o festivo.
6. Sustituir como criterio general el periodo de los doce meses inmediatamente anteriores por la media de la actividad de guardias desarrollada durante el conjunto de la vida profesional efectiva sometida a atención continuada, utilizando el periodo histórico más amplio verificable y excluyendo situaciones que puedan distorsionar la media.
7. Mantener íntegramente los módulos y su retribución durante las prolongaciones voluntarias de permanencia en servicio activo.
8. Incorporar la dotación presupuestaria correspondiente y facilitar la memoria económica desglosada que permita determinar su coste final definitivo.

Estimación económica de referencia

Coste estructural mínimo actualmente cuantificado: ≈ 22,40 millones de euros anuales a pleno despliegue, según la valoración económica disponible de la propia Administración, más el incremento que resulte de la actualización automática de los módulos al nuevo valor de las guardias y de la garantía de un módulo mensual equivalente a domingo/festivo.

9. ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS) Y DESCANSO

Este capítulo se estructura en tres epígrafes: Guardias Localizadas, Guardias Presenciales y medidas de mejora del descanso de aplicación inmediata.

En el preámbulo de este pliego de condiciones se ha establecido el criterio que rige el resto de la reclamación sobre la distribución de la jornada de trabajo obligatoria, ya sea esta de carácter ordinario programado o de carácter de atención continuada. Ambas modalidades de prestación de servicios son de carácter obligatorio y, por tanto, deben afrontarse dentro de la jornada semanal obligatoria de 35 horas semanales.

La jornada puede extenderse hasta las 48 horas teniendo en cuenta la normativa europea actual, pero esta opción no puede ser utilizada para satisfacer necesidades programadas, sino aquellas que, justificadas y motivadas en el principio de prestar servicio esencial y no demorable, la Administración imponga solo con esta finalidad.

Teniendo en cuenta este criterio, dentro de la jornada laboral obligatoria semanal de 35 horas y suponiendo el caso promediado de que se realice una guardia semanal, la jornada se cumplirá con 17 horas de atención continuada y 18 de atención programada. Esto implica el descanso posterior a la prestación de 17 horas de atención continuada de dos jornadas de descanso.

En el epígrafe de Guardias Presenciales se expone un plan de actuación para que la transición al nuevo modelo de descanso se produzca de forma gradual que permita a todos los servicios implicados valorar sus condiciones para culminar su implantación en el plazo de cinco años.

En este plan se tendrá en cuenta el paso progresivo de la edad mínima de acceso a la exención de guardias desde los actuales 55 años a los 50 años.

Este plazo resulta más que razonable para que la Administración se dote de la plantilla que fuera necesaria y, en su caso, produzca un incremento neto de profesionales en aquellos servicios en los que resultara indispensable.

Este aspecto de la dotación adecuada de plantillas tiene su desarrollo en los capítulos 11 y 12, y en ellos se hace referencia expresa a que los servicios y unidades tendrán que evaluar anualmente sus necesidades de personal para atender todas las carencias que se detecten, incluida la atención continuada.

9.1. GUARDIAS LOCALIZADAS:

Se expone en dos apartados todo lo referente a la guardia localizada. El primero de ellos se refiere a la organización y el segundo a la retribución.

9.1.2. Organización de la guardia localizada:

9.1.2.1 Régimen actualmente vigente:

De acuerdo con la normativa y los acuerdos actualmente aplicados en el SCS, el derecho a un día de descanso tras una guardia localizada solo se genera cuando concurren, de forma acumulativa, las siguientes condiciones:

- Que el facultativo sea requerido para acudir presencialmente al centro hospitalario.
- Que permanezca en el centro un mínimo de 2 horas de trabajo efectivo.
- Que dicha activación se produzca en el tramo horario de 22:00 h a 8:00 h, si el día es laborable (de lunes a viernes).
- En sábados, domingos y festivos, el descanso puede generarse en cualquier tramo horario, siempre que se cumpla el requisito de 2 horas de trabajo efectivo.
- El día de descanso generado debe disfrutarse dentro de los 6 meses siguientes a su generación, decayendo el derecho en caso contrario.

Este régimen deja sin protección numerosos supuestos de activación real y efectiva del facultativo —especialmente durante el día en jornada laborable— y establece un plazo de disfrute insuficiente que, en la práctica, provoca la pérdida del derecho por necesidades organizativas del propio servicio.

9.1.2.2 Reclamación de mejora de la organización y descanso de guardia localizada:

Se propone sustituir el régimen descrito por el siguiente, aplicable a todo el personal facultativo del SCS que realice guardias localizadas:

Condición	Régimen propuesto
Día de activación	Cualquier día del año, laborable o festivo, sin distinción.
Tramo horario	Cualquier tramo horario, sin restricción de horas.
Tiempo mínimo de permanencia en el centro	1 hora o más de trabajo efectivo en el centro (frente a las 2 horas actuales).
Forma de generación del derecho	Automática, sin necesidad de solicitud ni valoración discrecional por parte de la Gerencia.

Condición	Régimen propuesto
Plazo de disfrute	12 meses naturales desde su generación (frente a los 6 meses actuales).
Planificación del disfrute	Coordinado entre el médico o facultativo y la Jefatura de Servicio/Gerencia, priorizando que no genere merma en la cobertura asistencial ni en la atención al paciente.

De esta manera el personal facultativo que, encontrándose en situación de guardia localizada, sea requerido para prestar servicio de forma presencial en el centro hospitalario y permanezca en él un mínimo de una (1) hora de trabajo efectivo, generará automáticamente el derecho a un (1) día de descanso, con independencia del día de la semana —laborable o festivo— y del tramo horario en que se produzca la activación. Dicho día de descanso deberá disfrutarse dentro de los doce (12) meses naturales siguientes a la fecha de su generación, planificándose de mutuo acuerdo con la Jefatura de Servicio o Gerencia correspondiente, de forma que no menoscabe la organización del servicio ni la calidad de la asistencia prestada a los pacientes.

9.1.2.3 Fundamentación de la reclamación:

A.- Seguridad del paciente y del profesional.

La evidencia clínica y organizativa es consistente: la fatiga acumulada tras una activación nocturna o diurna de una hora o más incrementa el riesgo de error asistencial, con independencia de si dicha activación se produce a las 3:00 h o a las 11:00 h de un martes. Limitar el descanso al tramo 22:00–8:00 h en días laborables ignora que la interrupción del descanso o de la actividad ordinaria del facultativo tiene el mismo efecto sobre su rendimiento y su capacidad de reacción, se produzca cuando se produzca.

B.- Equidad y coherencia interna.

El régimen actual genera situaciones de desigualdad entre profesionales según el momento exacto en que reciben el aviso: una activación de 1 hora y 55 minutos a las 21:50 h de un jueves no genera descanso, mientras que otra de apenas 2 horas y 1 minuto a las 22:05 h sí lo hace. La propuesta elimina estos umbrales arbitrarios sustituyéndolos por un criterio único, objetivo y previsible.

C.- Alineación con la jurisprudencia europea.

La reciente doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (entre otras, STJUE de 30 de octubre de 2025, asunto C-373/24) refuerza que las condiciones de disponibilidad y respuesta durante la guardia localizada deben valorarse por su impacto real sobre el descanso y la vida personal del profesional, y no por criterios horarios o de calendario que resulten arbitrarios. Ampliar el criterio de generación del descanso alinea al SCS con esta tendencia.

D.- Impacto organizativo controlado.

La propuesta no compromete la organización del servicio: al ampliar el plazo de disfrute de 6 a 12 meses y mantener la planificación coordinada con la Jefatura de Servicio/Gerencia, se dota a cada centro de margen suficiente para encajar estos descansos sin generar déficits de cobertura, evitando además la pérdida del derecho por caducidad, que hoy penaliza injustamente al profesional por necesidades del servicio ajenas a su voluntad.

E.- Coherencia con el marco de mejora de la calidad de la atención continuada.
Esta propuesta se enmarca en el objetivo, ya reconocido por la propia Administración sanitaria canaria, de avanzar en la mejora de las condiciones de trabajo del personal en materia de atención continuada, sin que ello suponga necesariamente un impacto retributivo, sino una reordenación más justa y eficaz de los descansos.

9.1.2.4 Coste organizativo estimado:

Este apartado referido a la organización no requiere de una partida presupuestaria específica por sí mismo, al tratarse de una reorganización del tiempo de descanso ya contemplado en la normativa vigente, y no de una modificación retributiva.

9.1.2.5 Propuesta complementaria: descanso vinculado a guardias localizadas de fin de semana:

En la actualidad, el facultativo que realiza una guardia localizada en sábado o en domingo acude a trabajar tanto el viernes anterior como el lunes posterior a dicha guardia. Se propone modificar esta organización del trabajo en los siguientes términos:

- Guardia localizada en sábado: el facultativo o la facultativa que la realice tendrá derecho a libranza el viernes inmediatamente anterior.
- Guardia localizada en domingo: el facultativo o la facultativa que la realice tendrá igualmente derecho a libranza el viernes inmediatamente anterior.

Esta medida no genera ningún problema asistencial: los cuadrantes de guardias se conocen con una antelación mínima de por lo menos un mes, lo que permite reprogramar con margen suficiente la actividad ordinaria prevista para el viernes afectado, garantizando así la correcta cobertura asistencial.

9.1.2.6 Propuesta complementaria: descanso por interrupciones múltiples del descanso nocturno:

Se propone que el facultativo que, encontrándose en situación de guardia localizada, reciba tres (3) o más llamadas de trabajo dentro del tramo horario comprendido entre las 00:00 h y las 07:00 h, genere el derecho a un (1) día de descanso, a disfrutar dentro de los doce (12) meses siguientes a su generación, en las mismas condiciones de planificación previstas en los puntos anteriores.

Esta medida se fundamenta en que está científicamente acreditado que, a partir de la tercera interrupción del descanso nocturno, este deja de ser reparador, con independencia de la duración individual de cada llamada. La fragmentación repetida del sueño nocturno tiene, por tanto, un efecto acumulativo sobre la fatiga y la capacidad de reacción del profesional que justifica, por sí sola, el reconocimiento de un día de descanso compensatorio.

9.1.2.7 Precisión aplicable a servicios con guardia localizada de primera y segunda llamada:

En aquellos servicios en los que la guardia localizada se organiza con dos facultativos, uno de primera llamada y otro de segunda llamada, las medidas anteriores se aplican con la siguiente precisión:

- El facultativo o la facultativa de segunda llamada únicamente generará el día de descanso cuando sea efectivamente requerido para acudir al centro a colaborar con su compañero o compañera de primera llamada en una cirugía u otro procedimiento asistencial durante un tiempo de 1 hora o mayor, independientemente del día (festivo o laborable) y del tramo horario.

9.1.3. Retribución de la guardia localizada:

Este aspecto de la retribución se desarrolla en el apartado correspondiente de la Guardia Presencial. Se aplicarán, paralelamente, las mismas mejoras retributivas que se reclaman en ese apartado aplicando la reducción correspondiente del 50% a la Guardia Localizada, tal y como está establecido en la actualidad.

9.2 GUARDIAS PRESENCIALES:

En tanto no se modifique la norma estatutaria que permita la voluntariedad para la prestación profesional de la asistencia continuada, las guardias tienen el carácter de obligatorio.

La jornada obligatoria semanal en el SCS es de 35 horas. La asistencia programada y la continuada tienen carácter obligatorio. Ambas son esenciales, si bien la no demorable es la asistencia continuada. Por tanto, la jornada obligatoria de 35 horas debe -en el caso de aquellas especialidades que lo requieran-, destinar 17 horas a la prestación esencial urgente no demorable obligatoria y 18 horas al resto de la prestación programada esencial obligatoria.

El déficit que pudiera persistir tras la aplicación del sistema deberá ser acometido inicialmente por medio de las dos herramientas disponibles en el momento actual.

En el caso de que se produzca un déficit puntual justificado por el que en determinadas circunstancias se hiciera necesario que la plantilla existente realizará un número superior de guardias, se recurrirá, previa motivación de tal circunstancia, al remanente de horas permitidas por la legislación hasta las 48 horas. En tal caso, las horas de guardia realizadas en estas condiciones tendrán que ser remuneradas de manera bonificada respecto a la retribución para la hora de guardia que se establezca.

Igualmente, si se diera la circunstancia de que se produjera un déficit en la actividad ordinaria programada, la resolución de esta actividad podrá ser ofertada a los médicos y facultativos de plantilla por medio de programas especiales similares a los de reducción de listas de espera.

Ambas circunstancias déficitarias deberán ser acometidas con medidas definitivas que resuelvan el déficit estructural que subyacen. En este sentido, los servicios tendrán que informar del déficit estructural de plantilla a fin de que se reclame el incremento neto que fuera necesario.

Este reparto del horario obligatorio semanal, para el caso promediado de realización de una guardia a la semana, conlleva el descanso de dos jornadas posteriores.

El modelo alternativo de prestación de servicios que ha trasladado el SCS a las dos organizaciones sindicales se ha sometido ya a consulta en casi una quincena de diferentes servicios hospitalarios sin que se haya podido recabar ni una sola opinión favorable a su implantación.

Esto, entre otros aspectos, porque tal modelo no produce finalmente más descanso para cada profesional (el médico y facultativo tendrá que acudir un mayor número de veces al hospital), y no está retribuido de manera que pueda parecer atractivo ante la nueva circunstancia de que finalmente el médico estará más días en el centro de trabajo.

Además de estos aspectos, los profesionales facultativos señalan que la jornada de tarde les impondrá una doble asistencia simultánea: atender la asistencia continuada (guardia) y la ordinaria.

Dado lo complejo de poder llegar a un nuevo modelo que sea factible para cada una de las diferentes realidades de los servicios y hospitales, y en tanto no se haya constituido la nueva Junta de Personal Médico y Facultativo que pueda estudiar un modelo alternativo aceptable para todos los servicios y centros de trabajo implicados, estas dos organizaciones sindicales presentan su propuesta de mejora retributiva y de descanso para la guardia presencial dentro del marco del actual modelo vigente.

Para poder adaptar el modelo propuesto a las necesidades de plantilla en aquellos servicios en que fuera necesario, la propuesta contempla una implantación progresiva a lo largo de cinco años.

Con este modelo se progresa incrementando progresivamente el descanso de los médicos y facultativos hasta conseguir llegar a las dos jornadas de descanso en 2031.

La progresión se sustancia en incrementos sucesivos de minutos de descanso añadido por cada hora de guardia realizada. La bonificación en minutos añadidos de descanso serán acumulados hasta conseguir el descanso equivalente a una jornada laboral.

El sistema permite, por añadidura, adaptar la bonificación de manera individual, de tal manera que cada facultativo alcanza la bonificación antes cuantas más guardias localizadas tuviera que realizar.

También es un sistema que no requiere de la adaptación particular a cada servicio, sino que puede llevarse a cabo por cualquiera de los servicios con más o menos dotación de plantilla dado que inicialmente el impacto puede absorberse por el resto de los componentes.

Cada servicio podrá de esta manera emitir el informe correspondiente si detectara que en un momento determinado del recorrido de adaptación, el sistema se viera comprometido.

Este aspecto está intrínsecamente vinculado a los capítulos 11 y 12 cuando se habla de evaluar de manera ininterrumpida y año a año las necesidades de incremento neto de la plantilla de médicos y facultativos.

9.2.1 Reclamación de mejora de la organización y descanso de guardia presencial:

Ejercicio	Incremento de minutos de descanso por hora de guardia realizada	Minutos bonificados por guardia (considerado promedio de 3 de 17h y 1 de 24h)	Número de guardias necesarias para obtener 1 jornada de descanso
2027	5 minutos	93,5 minutos	5 guardias
2028	6 minutos	112,5 minutos	4 guardias
2029	8 minutos	150 minutos	3 guardias
2030	12 minutos	225 minutos	2 guardias
2031	23 minutos	431,25 minutos	1 guardia

9.2.2 Reclamación de mejora de la retribución de la hora de guardia:

El modelo que se presenta propone que la hora de guardia se retribuya como la hora ordinaria de trabajo obligatoria.

La hora ordinaria de trabajo en jornada obligatoria se ha calculado conforme a los mismos criterios utilizados por el SCS.

En el cálculo de la hora ordinaria intervienen factores que varían a lo largo de la carrera profesional de los facultativos. Entre esos elementos se encuentra el número de trienios y el nivel de encuadramiento en la carrera profesional.

Podemos estimar que para un médico sin estos dos elementos entre sus conceptos retributivos, la hora de guardia está en torno a los 30€ y para el facultativo que está al final de la edad para optar a la exención de guardias (los 55 años), se encuentra en torno a los 41€. De manera promediada hemos utilizado como referencia para el conjunto la cantidad de 35€/hora de guardia.

En el tramo nocturno entre las 22:00 y las 08:00, se ha considerado el incremento de la hora de guardia en concepto de nocturnidad y penosidad, hasta los 45€/hora de guardia nocturna.

La estimación del número de médicos que hacen guardia varía entre la cifra de los que son menores de 55 años (situación actual) y la de los que tienen menos de 50 años (siguiendo la propuesta del capítulo 8 de acceso a los módulos de compensación por exención de guardia).

En la estimación que se toma como referencia más alta se ha utilizado la de los médicos que hacen guardia hasta los 55 años.

El plan presupuestario para la implantación de las nuevas retribuciones puede llevarse a cabo en más de un ejercicio, lo que reduce su impacto. En todo caso, se trata de un impacto limitado puesto que el número de médicos que hará guardias será menor a la situación actual, al incorporarse a los módulos de exención.

Tabla de retribuciones propuesta por el SCS y la parte sindical

Tramo horario de retribución	Retribución actual	Propuesta del SCS	Propuesta Sindical	Diferencia Retributiva SCS vs Sindical
15:00 a 20:00	23,96€/h	23,96€/h		
15:00 a 22:00	23,96€/h		35€/h	
20:00 a 08:00	23,96€/h	40,00€/h		
22:00 a 08:00	23,96€/h		52,50€/h	
15:00 a 08:00	23,96€/h	600€/g	770€/g	170€

Estimación económica mensual para médicos menores de 55 años guardias presenciales y localizadas de L-V

Modalidad de Guardia	Facultativos <55 años estimados	Propuesta del SCS por guardia/mes	Propuesta Sindical por guardia/mes	Diferencia Retributiva SCS vs Sindical
Guardia Presencial	2.058	1.234.800€/m	1.584.660€/m	349.860€/m
Guardia Localizada	475	142.500€/m	182.875€/m	40.375€/m

Estimación económica anual para médicos menores de 55 años guardias presenciales y localizadas de LV

Modalidad de Guardia	Propuesta del SCS · total anual	Propuesta sindical · total anual	Diferencia anual SCS vs Sindical
Guardia Presencial	14.817.600 €/año	19.015.920 €/año	4.198.320 €/año
Guardia Localizada	1.710.000 €/año	2.194.500 €/año	484.500 €/año

Información necesaria que debe aportar la Administración para el cierre económico:

- Este supuesto se ha desarrollado teniendo en cuenta una estimación del número de los médicos que son menores de 55 años (lo que sobreestima la partida final) y contemplando en un mismo conjunto de facultativos de islas capitalinas y no capitalinas (lo que infraestima ligeramente los cálculos).
- Asimismo, la estimación solo se refiere a las guardias realizadas en islas capitalinas. Debe hacerse el ajuste necesario para el cálculo de las islas no capitalinas.
- Además, no se ha estimado el coste para las guardias realizadas en fin de semana y festivos, que deberá seguir el incremento porcentual paralelo al que actualmente se viene aplicando.
- No se conoce el promedio de guardias que realiza cada médico ya sea en modalidad presencial o localizada, ni su distribución en islas capitalinas y no capitalinas. Este dato debe aportarse por el SCS.
- Se desconoce igualmente el número exacto de los médicos afectados para cada modalidad y territorio. Este dato debe aportarse por el SCS.
- Los cálculos deberán reestimarse para el supuesto de que los médicos puedan dejar de hacer guardia a los 50 años (lo que reducirá la cuantía final por ser un número inferior de médicos al utilizado en la estimación). Esta nueva estimación podrá llevarse a cabo una vez el SCS aporte los datos necesarios.

9.3 MEDIDAS DE MEJORA DEL DESCANSO DE APLICACIÓN INMEDIATA:

La propuesta formulada por la Dirección del Servicio Canario de la Salud contempla que el personal facultativo genere un día adicional de descanso cuando el saliente de una guardia de presencia física coincida con sábado, domingo o festivo, trasladándose dicho descanso a un día laborable.
Partiendo de esta medida ya propuesta por la Administración, se plantea concretar su aplicación en los siguientes supuestos:

a) Guardias realizadas en viernes. Cuando el saliente de una guardia realizada en viernes coincida con el sábado, se reconocerá el día adicional de descanso previsto en la propuesta del SCS. Con carácter preferente, dicho día se disfrutará el viernes inmediatamente siguiente, pudiendo acordarse otra jornada ordinaria cuando las necesidades organizativas del servicio o el acuerdo entre las partes así lo aconsejen.

b) Guardias realizadas en víspera de festivo intersemanal. Cuando el saliente de una guardia coincida con un festivo intersemanal, el día adicional de descanso previsto por el SCS se trasladará a la siguiente jornada ordinaria de trabajo. Cuando existan necesidades asistenciales justificadas que impidan su disfrute en dicha jornada, podrá acordarse otra fecha.

En ambos supuestos, las necesidades asistenciales podrán determinar el momento concreto de disfrute cuando resulte necesario, pero no deberán comportar la pérdida del día de descanso generado.

C) Guardias realizadas en domingo. Como mejora adicional a la propuesta de la Administración, se plantea que las guardias de presencia física realizadas en domingo generen un día de libranza tras el saliente, con carácter general lunes y martes.
El lunes mantendrá la consideración de descanso inmediatamente posterior a la guardia y se añadirá un día de descanso, con el objetivo de garantizar un periodo continuado de recuperación tras una semana en la que la realización de una guardia dominical interrumpe el descanso semanal.
La medida pretende asegurar un periodo real y suficiente de recuperación tras una jornada de 24 horas realizada en domingo, mejorando las condiciones de descanso y favoreciendo una organización más sostenible de la jornada.

9.3.1 Sistema de acumulación de salientes y generación de días adicionales de descanso

La justificación de este sistema de acumulación radica en que, en prácticamente la totalidad de los servicios, existe un periodo de solapamiento entre el personal saliente de guardia y la jornada ordinaria siguiente que, comúnmente denominado “cambio de guardia”. Se trata de un tiempo necesario para garantizar la adecuada transmisión de información clínica y la continuidad asistencial, que hasta la fecha no ha sido objeto de retribución económica ni de compensación horaria, y que los facultativos vienen asumiendo de manera altruista pese a resultar imprescindible para el correcto funcionamiento de los servicios y para poder ofrecer a los pacientes una atención de calidad y garantista de su seguridad.
Esta circunstancia justifica la implantación de un sistema de acumulación aplicable a las guardias realizadas en lunes, martes, miércoles y jueves, así como a las guardias realizadas en un día festivo intersemanal.

Por cada cinco salientes de guardia generados como consecuencia de estas guardias, el facultativo tendrá derecho a un día adicional de descanso.
Este día tendrá carácter adicional respecto del descanso postguardia correspondiente a cada una de las guardias computadas. Su disfrute se realizará de forma programada, atendiendo a las necesidades organizativas del servicio y garantizando en todo caso que el derecho generado pueda hacerse efectivo.
Las guardias realizadas en sábado quedan fuera de este sistema de acumulación.

10. MEJORAS PARA MÉDICOS Y FACULTATIVOS MAYORES DE 60 AÑOS

10.1. Propuesta

- Liberación voluntaria de la asistencia urgente, guardias o atención continuada, a solicitud del profesional.
- Incremento de dos días anuales de libre disposición, adicionales a los establecidos con carácter general.
- Incremento de dos días anuales de vacaciones, adicionales a los establecidos con carácter general.
- Posibilidad de acceder, con carácter voluntario, a una reducción de jornada, en los términos legal y reglamentariamente aplicables.
- Reducción del 12% de la agenda asistencial ordinaria, adecuando proporcionalmente el número de pacientes, actos o actividad programada asignada al profesional.
- La aplicación de estas medidas deberá realizarse de manera homogénea en todas las Gerencias y centros del SCS, evitando diferencias entre profesionales en función de su centro, servicio, categoría o isla de destino.

10.2. Fundamentación de la reclamación:

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su Recomendación R162 - Recomendación sobre los trabajadores de edad, 1980 (núm.162), en su apartado III, epígrafe 14, explícitamente hace una relación de medidas que deben tenerse en consideración para implementación a la actividad de los trabajadores mayores de 60 años:

(a) *reducir la duración normal del trabajo, diaria y semanal, de los trabajadores de edad dedicados a ocupaciones penosas, peligrosas o insalubres;*

b) *fomentar la reducción progresiva de la duración del trabajo de todos los trabajadores de edad que así lo solicitaren, durante un período prescrito anterior a la fecha en que los interesados alcancen la edad normal de admisión a las prestaciones de vejez;*

(c) *incrementar las vacaciones anuales pagadas en función de la antigüedad o de la edad;*

(d) *permitir que los trabajadores de edad organicen a su propia conveniencia el tiempo de trabajo y el tiempo libre, en particular facilitándoles empleo a tiempo parcial y previendo horarios flexibles;*

(e) *facilitar la asignación de los trabajadores de edad a empleos de horario normal diurno, tras cierto número de años de actividad en un sistema de trabajo por turnos en régimen continuo o semicontinuo.*

Es una evidencia científicamente probada que las condiciones físicas e intelectuales sufren un deterioro a partir de la frontera de los 60 años. Al tiempo, este colectivo de médicos y facultativos acumula la mayor experiencia en los más diversos escenarios de la actividad asistencial. Por estos motivos se hace necesario conjugar un plan que, mejorando la carga de trabajo de estos profesionales, al tiempo, facilite las condiciones para que puedan permanecer más tiempo en servicio activo, incluso retrasando el momento del acceso a su jubilación.

La propuesta de las organizaciones sindicales persigue la consecución de estos dos objetivos por medio del incremento del descanso de este tramo etario del colectivo y, también, reduciendo la carga asistencial diaria a la que tienen que enfrentarse.

- El progresivo envejecimiento de las plantillas médicas y facultativas hace necesario establecer medidas específicas que permitan adaptar las condiciones de trabajo a las características de los profesionales de mayor edad.
- La elevada carga asistencial, la realización de atención urgente y continuada, los turnos prolongados, la presión de las agendas y la acumulación de años de ejercicio profesional constituyen factores que deben ser tenidos en cuenta en la organización del trabajo a partir de determinadas edades.
- Estas medidas persiguen favorecer la permanencia voluntaria de profesionales experimentados dentro del Servicio Canario de la Salud, reducir el desgaste profesional y facilitar una transición progresiva hacia el final de la vida laboral, sin desaprovechar su experiencia y conocimiento. Su implantación deberá realizarse de forma planificada, garantizando simultáneamente la adecuada cobertura asistencial.

10.3. Estimación económica:

Desde el punto de vista presupuestario, el impacto económico directo de estas medidas se concentra fundamentalmente en los médicos y facultativos mayores de 60 años que desarrollan su actividad en Atención Primaria, debido a la necesidad de garantizar la cobertura asistencial durante los días adicionales de ausencia.

El incremento de dos días de libre disposición y dos días de vacaciones supone un máximo de cuatro días adicionales de ausencia anual por profesional mayor de 60 años.

En Atención Hospitalaria, estos periodos de ausencia son asumidos ordinariamente mediante la organización interna de los propios servicios y el reparto de la actividad entre sus integrantes, por lo que no se contempla un coste adicional de sustitución derivado de estos cuatro días.

En Atención Primaria, por el contrario, la ausencia del médico exige generalmente la cobertura de la consulta para garantizar la continuidad asistencial, por lo que sí debe contemplarse el correspondiente coste de sustitución.

Fórmula de estimación: número de médicos de AP mayores de 60 años × 4 jornadas adicionales × coste medio de sustitución por jornada.

Las medidas propuestas referidas a la liberación voluntaria de la asistencia urgente y posibilidad de reducción voluntaria de jornada tienen fundamentalmente un carácter organizativo y de adecuación de

las condiciones de trabajo, por lo que no se incorpora a este cálculo un coste presupuestario directo específico.

En cuanto a la reducción del 12% de la carga asistencial en agendas, esta viene referida solo a la actividad que no sea de carácter quirúrgico o intervencionista.

Se estima que el déficit de consultas reducidas en aquellas especialidades que tienen acceso a la realización de módulos viene a verse compensado por el nuevo módulo añadido (tercer módulo en atención primaria y cuarto en especializada) y el incremento de médicos habilitados para incorporarse al reducirse la edad de acceso a los 53 años. De hecho, no solo se compensará, sino que habrá excedente para destinarlo a otras prestaciones.

En cuanto al déficit que pueda ocasionarse en aquellas otras especialidades que no puedan acceder a la realización de módulos, se propone ofrecer programas especiales de reducción de listas de espera siguiendo modelos similares a los "Funciona". Esta medida, además, vendrá a reducir la brecha retributiva que se produce -por el carácter particular de cada especialidad-, entre aquellas especialidades que hacen módulos y planes "Funciona", y aquellas otras que por sus características no pueden acceder a ninguno de estos dos elementos.

10.4. Información necesaria para el cierre económico

Para determinar el coste anual de la medida será necesario que el Servicio Canario de la Salud facilite el número exacto de médicos y facultativos mayores de 60 años que prestan servicios en Atención Primaria, así como el coste medio efectivo de una jornada de sustitución.

Esta metodología permite realizar una estimación presupuestaria, evitando atribuir costes adicionales a Atención Hospitalaria cuando la cobertura de estos días se realiza mediante la propia organización de los servicios.

En consecuencia, el impacto económico de esta propuesta debe considerarse limitado, por una parte, al coste de sustitución de cuatro jornadas anuales de los profesionales mayores de 60 años de Atención Primaria, y, por otro lado, al establecimiento de programas especiales similares a los de reducción de listas de espera para aquellas especialidades que no tengan acceso a la realización de módulos, quedando el resto de las medidas sujeto fundamentalmente a planificación y reorganización interna.

11. MEJORAS PARA MÉDICOS Y FACULTATIVOS RECIÉN EGRESADOS DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

11.1. Propuesta

- Oferta de contratación a los especialistas que finalicen su Formación Sanitaria Especializada en el Servicio Canario de la Salud, que cubran el exceso de las necesidades asistenciales estimado previamente para cada ejercicio, las plazas vacantes y los puestos susceptibles de cobertura.
- Transformación o adecuación de los nombramientos vinculados a programas temporales, procediendo a su conversión de oficio en interinidades por vacante o en la modalidad de nombramiento estructural que legalmente corresponda, cuando la necesidad asistencial haya adquirido carácter permanente y concurran los requisitos legales exigibles.
- En los procesos selectivos, utilización de temarios y repertorios de preguntas publicados oficialmente por el Servicio Canario de la Salud, garantizando transparencia, seguridad jurídica y adecuada preparación de los aspirantes.
- Utilización del máximo porcentaje legalmente permitido para la fase de concurso dentro de los sistemas de concurso-oposición.
- Dentro de dicha fase de concurso, utilización del máximo peso legalmente posible para la valoración de la experiencia profesional, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Reconocimiento íntegro del periodo de Formación Sanitaria Especializada a efectos de Carrera Profesional, computando la totalidad del periodo formativo realizado como tiempo de servicios a estos efectos.

11.2. Fundamentación de la reclamación:

- La Formación Sanitaria Especializada supone una inversión relevante de recursos públicos durante varios años y proporciona al Servicio Canario de la Salud profesionales plenamente formados que, además, conocen su organización, centros, equipos y funcionamiento.
- Resulta por ello necesario desarrollar una política activa de fidelización y retención de los especialistas que finalizan su formación en Canarias, particularmente en aquellas categorías, especialidades, centros o islas en los que existen dificultades de cobertura.
- La ausencia de expectativas claras de estabilidad al finalizar la residencia puede favorecer la salida de profesionales hacia otros servicios de salud o hacia otros ámbitos asistenciales, perdiéndose parte de la inversión realizada durante su formación.
- El objetivo debe ser que, cuando existan necesidades asistenciales reales, el SCS pueda ofrecer a estos profesionales continuidad laboral, estabilidad y perspectivas de desarrollo profesional.

11.3. Impacto económico estimado

La mayor parte de estas medidas presenta un impacto presupuestario directo reducido o nulo.
La contratación de especialistas recién egresados no supone por sí misma creación de gasto adicional cuando se realiza para cubrir plazas vacantes, necesidades estructurales o puestos que ya estaban siendo cubiertos mediante contratación temporal. Del mismo modo, la conversión de nombramientos

temporales en nombramientos vinculados a vacantes estructurales no implica necesariamente incremento de gasto cuando el profesional ya se encuentra contratado y retribuido por el SCS.

Las medidas relativas a temarios, configuración de los procesos selectivos y valoración de méritos tienen fundamentalmente carácter normativo y organizativo.

El principal impacto económico potencial deriva del reconocimiento íntegro del periodo de FSE a efectos de Carrera Profesional, al poder anticipar el acceso a los distintos grados o niveles de carrera. Este aspecto ya se ha tratado en profundidad en el apartado de Carrera Profesional.

12. MEDIDAS DE ESTABILIDAD EN EL EMPLEO

12.1. Propuesta

- Cumplimiento efectivo de la normativa relativa a las Ofertas de Empleo Público, garantizando su aprobación y convocatoria periódica, así como la ejecución y resolución de los procesos selectivos dentro del plazo máximo legal de tres años.
- Planificación periódica anual de las necesidades de recursos humanos, evitando la acumulación de vacantes estructurales sin cobertura definitiva. A estos efectos, la administración recabará de los responsables y jefaturas de servicio correspondientes, un informe anual de necesidades de personal del servicio. Esta información deberá tener una fase de contraste con la valoración que con el mismo fin puedan aportar las principales organizaciones sindicales profesionales médicas, al objeto de tener una imagen lo más fidedigna posible de las necesidades de cada servicio.
- Los procesos selectivos deberán valorar adecuadamente, dentro de los límites legalmente establecidos:
    - La experiencia profesional.
    - La Formación Sanitaria Especializada.
    - La actividad asistencial.
    - La formación continuada.
    - La actividad docente.
    - La actividad investigadora.
    - El desarrollo y la trayectoria profesional.
- Transformación de plazas o nombramientos temporales en plazas estructurales o interinidades por vacante cuando la necesidad asistencial tenga carácter permanente y no coyuntural.
- Identificación periódica de los puestos cubiertos mediante nombramientos temporales de larga duración con objeto de determinar cuáles responden realmente a necesidades estructurales.

12.2. Fundamentación de la reclamación:

- La estabilidad en el empleo constituye un elemento esencial para garantizar la adecuada planificación de los recursos humanos, favorecer la continuidad asistencial y consolidar equipos profesionales estables.
- La utilización prolongada de nombramientos temporales para cubrir necesidades que, por su naturaleza y continuidad, tienen carácter estructural genera incertidumbre entre los profesionales, dificulta su vinculación y permanencia en los centros y servicios y puede favorecer su traslado hacia otros sistemas sanitarios u otras áreas de empleo ajenas al servicio público de salud. Además, el recurso a la contratación temporal para atender necesidades permanentes desvirtúa la finalidad de estos nombramientos y resulta contrario a los límites establecidos en la normativa vigente, incluido el Estatuto Marco y la norma y jurisprudencia europeas.
- La convocatoria periódica, previsible y planificada de procesos selectivos (OPE), así como su ejecución y completa resolución dentro del plazo máximo legalmente establecido de tres años, permite compatibilizar los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público con la necesaria estabilidad de las plantillas y una adecuada planificación de los recursos humanos.
- Por ello, resulta imprescindible avanzar hacia un modelo de planificación de recursos humanos en el que las necesidades asistenciales de carácter permanente sean atendidas mediante plazas estructurales, reservando los nombramientos temporales exclusivamente para necesidades coyunturales, sustituciones, acumulaciones de tareas u otras circunstancias que tengan genuino carácter temporal y no estructural.

12.3. Estimación económica:

Estas medidas tienen una incidencia fundamentalmente organizativa y de ordenación de plantilla, y no deberían asociarse con un aumento del gasto sanitario, salvo en aquellos casos en los que se produzca el incremento neto de la plantilla

La transformación de una plaza temporal en estructural o en una interinidad por vacante no genera por sí misma un nuevo puesto de trabajo ni un nuevo coste asistencial cuando ese puesto ya está siendo desempeñado y retribuido. En estos casos, el gasto ya forma parte de la masa salarial del Servicio Canario de la Salud, modificándose esencialmente la naturaleza jurídica y estabilidad de la relación laboral o estatutaria.

Por todo ello, el impacto presupuestario adicional de estas medidas debe considerarse limitado o nulo, dado que su finalidad principal es ordenar y estabilizar empleo que, en gran medida, ya existe y está siendo financiado.

13. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

13.1. Propuesta

Se propone que el Servicio Canario de la Salud asuma la financiación del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de los médicos y facultativos que desarrollan su actividad en el SCS, estableciendo el siguiente sistema:

- Financiación del 100 % de la prima del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para los médicos y facultativos que desarrollen su actividad profesional en régimen de exclusividad para el Servicio Canario de la Salud.
- Financiación del 50 % de la prima para aquellos médicos y facultativos que, prestando servicios en el SCS, no desarrollen su actividad en régimen de exclusividad o tengan solicitada la compatibilidad.

La financiación podrá articularse mediante el mecanismo que resulte administrativamente más adecuado —subvención, convenio, contratación colectiva o compensación de la prima satisfecha por el profesional—, garantizando en todo caso una cobertura adecuada de los riesgos derivados del ejercicio profesional en el ámbito sanitario público.

13.2. Fundamentación de la propuesta:

El ejercicio de la Medicina y del resto de profesiones facultativas sanitarias comporta, por su propia naturaleza, una exposición permanente a posibles reclamaciones derivadas de la asistencia prestada. La existencia de una adecuada cobertura de Responsabilidad Civil Profesional constituye, por tanto, un elemento directamente vinculado al ejercicio de la actividad asistencial y a la necesaria seguridad jurídica de los profesionales.

La propia Administración sanitaria canaria viene reconociendo desde hace años esta necesidad mediante la financiación parcial de los seguros de Responsabilidad Civil Profesional a través de los Colegios Oficiales de Médicos. En los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2026 se mantienen sendas partidas de 148.449 euros para el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas y para el Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, lo que supone una financiación pública actualmente existente de 296.898 euros anuales.

Por tanto, la medida propuesta no supone la creación de un nuevo concepto de gasto, sino la ampliación y ordenación de un sistema de financiación que ya existe, incrementando progresivamente su cobertura hasta adecuarla al grado de vinculación profesional con el Servicio Canario de la Salud.

La financiación íntegra de la prima para quienes trabajan en régimen de exclusividad se justifica porque la totalidad del riesgo profesional asegurado deriva, en estos casos, de la actividad desarrollada para el propio Servicio Canario de la Salud. No resulta razonable que el profesional tenga que asumir

personalmente el coste de aseguramiento frente a los riesgos inherentes a una actividad que desarrolla exclusivamente para la Administración sanitaria.

En los profesionales sin exclusividad, la financiación del 50 % de la prima permite reconocer igualmente el riesgo derivado de su actividad para el SCS, pero establece una distribución proporcional del coste al existir también una actividad profesional ajena al sistema sanitario público.

Este modelo introduce, por tanto, un criterio objetivo de proporcionalidad y permite compatibilizar la adecuada protección de todos los facultativos con una utilización racional de los recursos públicos.

Asimismo, la medida contribuye a mejorar las condiciones profesionales ofrecidas por el SCS, incrementa la seguridad jurídica en el ejercicio asistencial y constituye un elemento adicional de fidelización y retención de profesionales.

13.3. Estimación económica:

La Administración ya soporta actualmente un gasto de 296.898 euros anuales para colaborar en la financiación de los seguros de Responsabilidad Civil Profesional de los médicos de ambas provincias.
Para aproximar el coste de ampliar esta cobertura pueden utilizarse como referencia los datos públicos disponibles de los programas actualmente subvencionados.

En el caso del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, la subvención de 148.449 euros correspondiente a 2024 representó el 10,65 % de las primas abonadas por los colegiados beneficiarios, lo que permite estimar un volumen total de primas próximo a 1,39 millones de euros anuales.

Por su parte, el proyecto de Seguro Colectivo de Responsabilidad Civil Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife presentó en 2024 un presupuesto total de aproximadamente 768.385 euros.

Tomando ambos datos únicamente como referencia económica, el volumen conjunto de primas se situaría en torno a 2,16 millones de euros anuales.

El coste definitivo de la propuesta dependerá fundamentalmente del porcentaje de profesionales que se encuentren en régimen de exclusividad. Aplicando el sistema propuesto —100 % para profesionales con exclusividad y 50 % para profesionales sin exclusividad—, pueden establecerse los siguientes escenarios orientativos:

- Con un 70 % de profesionales en exclusividad, el coste total se situaría aproximadamente en 1,84 millones de euros anuales.
- Con un 80 % de profesionales en exclusividad, el coste sería aproximadamente de 1,95 millones de euros anuales.
- Con un 90 % de profesionales en exclusividad, alcanzaría aproximadamente 2,05 millones de euros anuales.

Tomando como escenario central una proporción del 80 % de profesionales en exclusividad, el coste total estimado de la medida sería de aproximadamente 1,95 millones de euros anuales.
Dado que actualmente ya existe una financiación pública de 296.898 euros anuales, el incremento presupuestario neto estimado para alcanzar este nivel de cobertura se situaría alrededor de 1,65 millones de euros anuales.

En función del porcentaje real de profesionales en régimen de exclusividad, el incremento podría situarse aproximadamente entre 1,54 y 1,76 millones de euros anuales.

Se trata necesariamente de una estimación orientativa, ya que para determinar el impacto presupuestario exacto resulta necesario que el Servicio Canario de la Salud aporte o recabe los siguientes datos:

- Número total de médicos y facultativos potencialmente beneficiarios.
- Número y porcentaje de profesionales con y sin régimen de exclusividad.
- Número actual de profesionales beneficiarios de las subvenciones destinadas al Seguro de Responsabilidad Civil.
- Importe real de las primas satisfechas, diferenciadas cuando proceda por especialidad o nivel de riesgo.
- Coste actualmente asumido por la Administración y mecanismo de financiación utilizado en cada provincia.

Con estos datos podrá establecerse el coste real de la medida y, en su caso, valorar fórmulas de contratación o negociación colectiva de las pólizas que permitan reducir el coste unitario mediante economías de escala.

14. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

Objetivo: garantizar un marco suficiente, homogéneo y efectivo de formación continuada para los médicos y facultativos del SCS, facilitando su actualización científica y reduciendo las desigualdades de acceso a la formación.

14.1. Propuesta

- Reconocimiento de un mínimo de 12 días anuales destinados a formación continuada, considerados a todos los efectos como tiempo de trabajo.
- Financiación de los gastos de inscripción en actividades formativas, hasta un máximo de 400 euros anuales por profesional.

- Abono de una dieta de 150 euros por día de formación, hasta un máximo de 5 días anuales por profesional, destinada preferentemente a facilitar la asistencia al congreso oficial anual de su especialidad.
- Los profesionales que no presten servicios en régimen de exclusividad para el Servicio Canario de la Salud tendrán derecho al 50 % de las ayudas económicas previstas para formación, sin que esta reducción afecte al derecho al tiempo destinado a formación continuada.
- Garantía de acceso equitativo a las actividades formativas mediante criterios objetivos, transparentes y homogéneos para todos los centros, servicios, áreas de salud e islas.
- Establecimiento de tiempo específico dentro de la jornada laboral destinado a investigación, docencia, formación y actualización científica, adecuadamente planificado y compatible con las necesidades asistenciales.
- Reconocimiento efectivo de las actividades de formación continuada, docencia e investigación en el desarrollo profesional, la carrera profesional y los procesos de provisión y selección, así como, cuando corresponda, su reconocimiento retributivo.
- Adopción de las medidas organizativas necesarias para evitar que insuficiencias estructurales de plantilla impidan de forma sistemática el ejercicio efectivo del derecho a la formación.

14.2. Fundamentación de la reclamación:

La formación continuada constituye un elemento esencial para mantener la calidad, la seguridad y la eficacia de la asistencia sanitaria. La evolución constante del conocimiento científico, de las tecnologías sanitarias, de los tratamientos, de los procedimientos diagnósticos y de las recomendaciones clínicas obliga a que los profesionales médicos y facultativos dispongan de tiempo y medios suficientes para actualizar de forma periódica sus competencias.

Facilitar el acceso efectivo a la formación no debe considerarse un beneficio accesorio del profesional, sino una inversión directamente vinculada a la calidad asistencial. Una actualización adecuada favorece la incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica, mejora la capacidad resolutiva, contribuye al uso más eficiente de los recursos y reduce la variabilidad clínica evitable.

En Canarias debe añadirse, además, la necesidad de garantizar condiciones homogéneas entre islas, centros y ámbitos asistenciales. La localización geográfica no puede convertirse en una barrera para la asistencia a actividades científicas relevantes ni generar diferencias injustificadas en las oportunidades de actualización profesional.

La ampliación del tiempo disponible para formación debe acompañarse de una organización que permita su utilización efectiva. En Atención Hospitalaria, la cobertura de estas ausencias se realiza habitualmente mediante la propia organización de los servicios, sin necesidad de sustitución específica.

En Atención Primaria, por el contrario, la ausencia de un médico de familia requiere con frecuencia cobertura mediante sustitución, circunstancia que debe contemplarse de forma expresa en la estimación económica.

14.3. Estimación económica:

La estimación se plantea de forma prudente y transparente, diferenciando entre costes directamente cuantificables y costes que dependen de la organización efectiva de cada centro. Se utilizan magnitudes oficiales disponibles y, cuando no existe un dato económico unitario específico, un supuesto conservador que deberá ser sustituido por el coste real facilitado por el SCS.

A. Hipótesis de cálculo

Magnitud	Referencia utilizada
Médicos del SNS público en Canarias, excluidos especialistas en formación	6.343 profesionales
Medicina de Familia en Equipos de Atención Primaria	1.306 profesionales (referencia oficial desagregada disponible)
Ampliación del permiso formativo	4 días adicionales por profesional (de 8 a 12)
Sustitución en Medicina de Familia	Escenario base: 80 % de las jornadas; escenario máximo: 100 %
Coste unitario de sustitución utilizado	180 € por jornada, como supuesto presupuestario conservador
Dieta formativa	150 €/día, máximo 5 días/año
Inscripción	Hasta 400 €/año por profesional

B. Ampliación de 8 a 12 días de formación

Atención Hospitalaria. No se imputa un coste directo de sustitución por los 4 días adicionales, al partirse del criterio organizativo de que las ausencias por formación se cubren ordinariamente dentro de los propios servicios. La medida puede tener impacto organizativo, pero no necesariamente genera contratación adicional.

Medicina de Familia. Como estimación a la baja se toma una referencia de 1.306 médicos de familia. La ampliación de 4 días genera 5.224 jornadas adicionales potencialmente susceptibles de sustitución. Aplicando un coste unitario conservador de 180 € por jornada, el coste máximo teórico sería de 940.320 € anuales. Si se utiliza como escenario de trabajo que se sustituye el 80 % de dichas jornadas, el coste estimado sería de 752.256 € anuales.

Criterio prudente: no se añade en este cálculo el eventual coste de sustitución de Pediatría de Atención Primaria ni otros posibles dispositivos, por lo que la cifra de sustituciones debe considerarse una estimación mínima hasta disponer de datos propios del SCS.

C: Dieta para asistencia a formación

Se propone una dieta de 150 € por día, con un máximo de 5 días anuales por profesional. Si se calcula el techo presupuestario sobre 6.343 médicos, excluyendo especialistas en formación:
6.343 × 5 días × 150 € = 4.757.250 € anuales

D. Financiación de inscripciones

Con un máximo de 400 € anuales por profesional, el techo presupuestario sería:
6.343 × 400 € = 2.537.200 € anuales

Tanto en dietas como en inscripciones se trata de un máximo teórico. El gasto real sería inferior si no todos los profesionales agotan las cuantías previstas y, adicionalmente, se reduciría en función del número de profesionales sin exclusividad, para quienes la propuesta limita las ayudas económicas al 50 %.

E. Resumen del impacto económico anual

Concepto	Escenario de referencia	Coste anual
Ampliación 8→12 días · Hospitalaria	Cobertura interna	Sin coste directo
Ampliación 8→12 días · Medicina de Familia	80 % de las jornadas sustituidas	752.256 €
Dietas	5 días × 150 € × 6.343 médicos	4.757.250 €
Inscripciones	Máximo 400 € × 6.343 médicos	2.537.200 €
TOTAL · escenario base	**Sustitución MF al 80 %**	**8.046.706 €**
TOTAL · techo teórico	**Sustitución MF al 100 %**	**8.234.770 €**

Estimación global: el coste bruto anual de referencia se situaría en torno a 8.05 millones de euros, con un techo teórico aproximado de 8.23 millones de euros. Estas cifras no representan necesariamente

incremento neto sobre el gasto actual, ya que el SCS ya soporta partidas de formación y el cálculo máximo presupone un uso completo de dietas e inscripciones por todos los profesionales.

F. Conceptos no cuantificados de forma independiente

- El tiempo específico para investigación, docencia y actualización científica no se valora como coste adicional automático mientras se organice dentro de la jornada ordinaria y no genere sustituciones específicas.
- El eventual reconocimiento retributivo de determinadas actividades docentes o investigadoras deberá cuantificarse cuando se defina su modalidad, criterios y cuantía.
- No se incorpora ningún gasto adicional por desplazamiento, alojamiento o manutención distinto de la dieta única de 150 € por día prevista en la propuesta.

14.4. Datos necesarios para determinar el coste final

La presente estimación permite disponer de un orden de magnitud presupuestario, pero el impacto económico neto debe determinarse con los datos de ejecución y plantilla que obran en poder del Servicio Canario de la Salud. A tal efecto, se solicita que la Administración facilite:

- Número actualizado de médicos y facultativos por ámbito asistencial y categoría, diferenciando profesionales con y sin exclusividad.
- Número de días de formación actualmente autorizados y efectivamente disfrutados por los profesionales.
- Número de jornadas de formación en Atención Primaria que generan sustitución y coste medio real de cada jornada de sustitución.
- Gasto anual actualmente ejecutado por el SCS en inscripciones, dietas y otras ayudas vinculadas a formación continuada.
- Distribución del gasto por gerencias, áreas de salud e islas, con el fin de comprobar la existencia de diferencias territoriales o entre centros.

14.5. Conclusión

La propuesta persigue garantizar que la actualización profesional forme parte efectiva de la organización sanitaria y que el acceso a la formación no dependa del centro, del servicio o de la isla en la que se preste asistencia. La inversión necesaria es limitada en relación con el conjunto del presupuesto sanitario y debe valorarse por su impacto en calidad asistencial, seguridad del paciente, capacidad resolutiva, desarrollo profesional y retención del talento.

Con las hipótesis utilizadas, el coste bruto anual de referencia se estima en aproximadamente 8,05 millones de euros, con un máximo teórico próximo a 8,23 millones. El coste adicional neto será

previsiblemente inferior y deberá concretarse con los datos reales de plantilla, utilización y gasto actualmente ejecutado por el SCS.

15. ADECUACIÓN DE AGENDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

La adecuación de las agendas asistenciales constituye una necesidad común a Atención Primaria y Atención Especializada (Atención Hospitalaria) y debe abordarse bajo criterios homogéneos de calidad asistencial, seguridad del paciente, carga de trabajo y disponibilidad de recursos humanos.

No obstante, las características organizativas y asistenciales propias de la Atención Primaria, justifican un tratamiento específico y diferenciado. Por ello, las medidas concretas correspondientes a Atención Primaria se desarrollan íntegramente en el Objetivo 18, evitando duplicidades entre ambos apartados.

15.1. Atención Hospitalaria

- Establecimiento de un máximo de 20 pacientes por facultativo y jornada* en consultas externas hospitalarias (CCEE) y centros de atención especializada (CAE), atendiendo a la complejidad clínica y a las características específicas de cada consulta.
- Prohibición de incrementar unilateralmente las agendas asistenciales sin la correspondiente adecuación de los recursos humanos y materiales disponibles. En este sentido, todo incremento de agenda impuesto será registrado como elemento distorsionador de la prestación del servicio, y se incorporará al informe evaluador anual de cada servicio o unidad para establecer las necesidades de personal generadoras de un incremento neto del mismo.
- La superación mantenida de los límites establecidos determinará la obligación de adecuar los recursos humanos a la actividad asistencial, mediante creación de plazas estructurales cuando la necesidad tenga carácter permanente o, transitoriamente, mediante contratación, programas específicos de cobertura u otras fórmulas de refuerzo.

Carácter máximo del límite asistencial
El límite de 20 pacientes por facultativo y jornada tendrá en todo caso la consideración de máximo asistencial y no de objetivo mínimo de actividad. Por tanto, su establecimiento no podrá utilizarse para incrementar el número de pacientes asignados a aquellas consultas, agendas o dispositivos que, por la especial complejidad de los pacientes atendidos, las características específicas de la actividad, la duración necesaria de las consultas o cualquier otra circunstancia asistencial debidamente justificada, tengan actualmente establecida una carga inferior.

En estos supuestos deberán mantenerse los límites inferiores existentes cuando resulten necesarios para garantizar una atención adecuada, segura y de calidad.

15.2. Actividad extraordinaria y reducción de las listas de espera

Los programas especiales o extraordinarios destinados a la reducción de las listas de espera se desarrollarán preferentemente mediante los recursos humanos, técnicos y asistenciales propios del Servicio Canario de la Salud, siempre que la disponibilidad de profesionales y la capacidad de las infraestructuras permitan asumir dicha actividad en condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia.

A tal efecto, la actividad extraordinaria se ofertará prioritariamente a los médicos y facultativos del propio Servicio Canario de la Salud que voluntariamente deseen realizarla, favoreciendo el aprovechamiento de la capacidad asistencial disponible dentro de la red pública.

Cuando, pese a ello, los recursos propios disponibles resulten insuficientes para dar una respuesta adecuada a las necesidades asistenciales y a los objetivos de reducción de las listas de espera, podrán utilizarse otros recursos complementarios.

16. CONCURSO DE TRASLADOS PERMANENTE

16.1. Propuesta

- Implantación y mantenimiento de un sistema de concurso de traslados abierto y permanente para el personal médico y facultativo.
- Convocatorias y resoluciones periódicas, plazos tasados y procedimientos ágiles que garanticen la movilidad voluntaria y la cobertura eficiente de plazas vacantes.

17. MEJORAS PARA MÉDICOS Y FACULTATIVOS EN PERIODO DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA (MIR/FSE)

17.1. Propuesta

Ámbito. El presente objetivo se dirige al personal médico y facultativo en Formación Sanitaria Especializada: MIR, FIR, PIR, BIR, QIR y RFIR.

Finalidad. Se propone un conjunto integrado de medidas retributivas, laborales, formativas y de estabilidad destinadas a mejorar las condiciones de este personal, garantizar el cumplimiento efectivo de los programas formativos y favorecer la permanencia en el Servicio Canario de la Salud de los especialistas formados en Canarias.

Base de cálculo para la estimación económica

Para actualizar la estimación económica se utiliza una base de planificación de 1.477 residentes médicos y facultativos.

Año	Residentes estimados
R1	367
R2	362
R3	346
R4	335
R5	67
TOTAL	**1.477**

Carácter de la estimación. La cifra de 1.477 constituye una base presupuestaria estimada y no sustituye al censo nominal actualizado del SCS. La cuantificación definitiva deberá ajustarse al número real de residentes por titulación y año de formación, incluyendo altas, bajas, prórrogas y periodos parciales de permanencia.

17.2. Mejoras retributivas

17.2.1. Incremento del complemento de grado de formación

Se propone incrementar en un 15 % el complemento de grado de formación correspondiente a cada año de residencia. El incremento se aplicará exclusivamente sobre dicho complemento, sin modificar el sueldo base, y se proyectará sobre las 14 pagas anuales. El R1 no percibe actualmente complemento de grado de formación.

Año	Actual €/mes	Propuesto +15 %	Incremento/paga	Incremento anual/residente
R1	—	—	—	—
R2	110,98 €	127,63 €	+16,65 €	+233,06 €
R3	249,71 €	287,17 €	+37,46 €	+524,39 €
R4	388,43 €	446,69 €	+58,26 €	+815,70 €
R5	527,16 €	606,23 €	+79,07 €	+1.107,04 €

Impacto económico estimado para el SCS

Año	Residentes estimados	Incremento anual/residente	Coste anual SCS
R1	367	0,00 €	0,00 €
R2	362	233,06 €	84.367,00 €
R3	346	524,39 €	181.439,29 €
R4	335	815,70 €	273.260,51 €
R5	67	1.107,04 €	74.171,41 €
TOTAL	**1.477**	**—**	**613.238,20 €**

ESTIMACIÓN ECONÓMICA ANUAL · COMPLEMENTO DE GRADO +15 %: 613.238,20 €

17.2.2. Incremento del complemento de productividad anual

Se propone incrementar en un 15 % la cuantía máxima anual del complemento de productividad del personal médico y facultativo en FSE, vinculada al cumplimiento de los objetivos del programa formativo. La cuantía máxima vigente para el personal licenciado sanitario es de 1.500 euros anuales.

Concepto	Importe
Cuantía máxima anual actual	1.500,00 €
Incremento solicitado (+15 %)	225,00 €
Nueva cuantía máxima anual	1.725,00 €
Incremento anual por residente	225,00 €
Impacto anual estimado SCS (1.477 residentes)	332.325,00 €

IMPACTO ANUAL ESTIMADO · PRODUCTIVIDAD +15 %: 332.325,00 €

17.2.3. Mejora retributiva de la hora de guardia: medida ya planteada por el SCS

La propuesta de mejora presentada por el propio Servicio Canario de la Salud incorpora una revisión al alza del valor de la hora de guardia del personal facultativo en formación, diferenciada por año de residencia y por tipo de día. Esta mejora se considera un punto de partida ya asumido por la Administración y deberá incorporarse al acuerdo final; no constituye una nueva petición económica adicional de este objetivo.

La propuesta del SCS fija las siguientes cuantías para las guardias de presencia física y mantiene para las guardias localizadas el 50 % del valor correspondiente a la presencia física:

Año	L-V actual	L-V propuesta SCS	S/D/F actual	S/D/F propuesta SCS
R1	11,20 €/h	19,04 €/h	17,92 €/h	21,04 €/h
R2	13,66 €/h	23,22 €/h	21,86 €/h	25,22 €/h
R3	16,15 €/h	27,46 €/h	25,84 €/h	29,46 €/h
R4	18,59 €/h	31,60 €/h	29,74 €/h	33,60 €/h
R5	18,59 €/h	31,60 €/h	29,74 €/h	33,60 €/h

Qué representa económicamente la mejora de guardias
Para disponer de una referencia homogénea se mantiene el escenario de cuatro guardias mensuales: tres guardias laborables de 17 horas y una guardia de sábado, domingo o festivo de 24 horas. Este patrón permite valorar la magnitud de la mejora, pero la liquidación real dependerá del número y tipo de guardias efectivamente realizadas.

Año	Mejora anual por residente con 4 guardias/mes
R1	5.696,64 €
R2	6.818,40 €
R3	7.964,28 €
R4	9.073,80 €
R5	9.073,80 €

Referencia mínima cuantificada. Aplicando este escenario únicamente a los 1.357 MIR utilizados en la ficha económica previa, la mejora ya ofrecida por el SCS representa aproximadamente 10.105.035,84 € anuales.

Escenario homogéneo de todo el personal médico/facultativo FSE. Si, exclusivamente a efectos de planificación presupuestaria, el mismo patrón medio de cuatro guardias mensuales se aplicara a la base estimada de 1.477 residentes médicos y facultativos, el impacto alcanzaría aproximadamente 10.962.236,16 € anuales.

El segundo escenario no se incorpora como coste cierto de la medida, ya que la frecuencia y modalidad de guardias de FIR, PIR, BIR, QIR y RFIR no puede equipararse automáticamente a la de los MIR. El SCS

deberá facilitar las horas reales de atención continuada por titulación y año de residencia para cerrar la cifra definitiva.

17.2.4. Carácter adicional y no absorbible de las mejoras retributivas

El incremento del 15 % del complemento de grado de formación, el incremento del 15 % de la productividad anual y las nuevas cuantías de atención continuada tendrán carácter específico, adicional y no absorbible. Se aplicarán con independencia de las actualizaciones vinculadas al IPC, de los incrementos retributivos generales y de cualquier subida obligatoria fijada por ley. Ninguna de estas actualizaciones podrá compensar, absorber o minorar las mejoras específicas ya recogidas.

17.3. Jornada, guardias y descansos

- Establecer un máximo de cinco guardias presenciales mensuales por residente, sin perjuicio de que el programa formativo de la especialidad establezca límites inferiores.
- Garantizar el cumplimiento efectivo de los límites máximos de jornada y descansos previstos legalmente y en los correspondientes programas formativos y en los Acuerdos del 2001.
- Garantizar de forma efectiva el descanso postguardia, evitando su sustitución sistemática por actividad asistencial, docente o formativa.
- Prohibir la utilización de los residentes y de sus guardias como mecanismo de cobertura estructural de déficits de plantilla, vacantes o necesidades asistenciales permanentes. En este sentido, cualquier uso indebido de la actividad del médico o facultativo en periodo de FSE, será registrada y computada como elemento distorsionador de la prestación del servicio, y se incorporará al informe evaluador anual de cada servicio o unidad para establecer las necesidades de personal generadoras de un incremento neto del mismo.

17.4. Formación y actividad docente

- Garantizar que las actividades docentes, formativas e investigadoras contempladas en el programa oficial de la especialidad se desarrollen dentro de la jornada laboral.
- Financiar los desplazamientos interinsulares y a la Península necesarios para el cumplimiento del programa formativo, incluyendo los gastos de transporte y alojamiento que correspondan.
- Garantizar una dotación presupuestaria suficiente para que las actividades formativas obligatorias no generen un coste económico para el residente.

17.5. Carrera profesional y reconocimiento del periodo FSE

Se solicita el reconocimiento íntegro del periodo de Formación Sanitaria Especializada a efectos de Carrera Profesional, como tiempo de servicios prestados en el Sistema Nacional de Salud y a todos los demás efectos profesionales y administrativos en que resulte procedente.

17.6. Estabilidad y retención del talento

Se garantizará una oferta de contratación al finalizar la especialidad cuando existan necesidades asistenciales, plazas vacantes o puestos susceptibles de cobertura en la especialidad correspondiente, favoreciendo la incorporación y permanencia en el SCS de los especialistas formados en Canarias.

17.7. Actualización del acuerdo autonómico de residentes

Se procederá a la actualización del Acuerdo de 22 de octubre de 2020 relativo al personal en Formación Sanitaria Especializada, incorporando las mejoras retributivas, laborales, formativas y sociales que resulten del presente proceso negociador y garantizando su aplicación homogénea al conjunto del personal médico y facultativo residente del Servicio Canario de la Salud.

17.8. Estimación económica consolidada:

La siguiente tabla diferencia las nuevas mejoras retributivas solicitadas de la mejora de guardias que ya figura en la propuesta del SCS:

Medida	Impacto anual estimado
Complemento de grado de formación +15 %	613.238,20 €
Complemento de productividad anual +15 %	332.325,00 €
SUBTOTAL NUEVAS SOLICITUDES RETRIBUTIVAS	**945.563,20 €**
Mejora de hora de guardia SCS · referencia MIR	10.105.035,84 €
TOTAL MÍNIMO CUANTIFICADO DEL BLOQUE	**11.050.599,04 €**
Escenario homogéneo guardias todo FSE facultativo*	11.907.799,36 €

**El último importe utiliza, solo como escenario homogéneo de referencia, cuatro guardias mensuales para los 1.477 residentes médicos y facultativos. No se considera coste cierto hasta disponer de la actividad real de guardias de FIR, PIR, BIR, QIR y RFIR.*

SOLICITUDES RETRIBUTIVAS ADICIONALES A LA MEJORA DE GUARDIAS YA OFRECIDA POR EL SCS: 945.563,20 € ANUALES

Costes no incluidos en el total. Quedan pendientes de cuantificación el complemento por dedicación exclusiva, las guardias localizadas no incorporadas al escenario base y los gastos de desplazamiento y alojamiento para formación, al requerir cuantías o datos de actividad que deberá facilitar el SCS.

17.9. Información necesaria para el cierre económico definitivo

- Censo nominal actualizado de MIR, FIR, PIR, BIR, QIR y RFIR, desglosado por titulación y año de residencia.
- Número real de guardias y horas de atención continuada abonadas durante el último ejercicio, por titulación, año de residencia, presencia física/localizada y tipo de día.
- Número de perceptores y cuantía efectivamente abonada por productividad anual.
- Gasto anual ejecutado por complemento de grado de formación y productividad del personal facultativo en FSE.
- Gasto anual en desplazamientos, alojamiento y demás gastos formativos financiados por el SCS.

18. MEJORAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

Este objetivo es necesariamente más extenso que otros capítulos del pliego porque la Atención Primaria constituye un nivel asistencial con características organizativas propias y claramente diferenciadas de la Atención Hospitalaria. Como primer nivel de acceso al sistema sanitario, integra además un colectivo médico especialmente heterogéneo en cuanto a funciones, organización del trabajo, actividad asistencial, horarios y régimen de prestación de servicios. Dentro de este ámbito conviven, entre otros, médicos de Equipo de Atención Primaria, médicos de Urgencias Extrahospitalarias, profesionales de los Equipos de Incidencias, PLUSCAN y PAC, así como pediatras de Atención Primaria, cuyas condiciones de trabajo y actividad pueden ser muy diferentes entre sí.

A esta diversidad profesional se añade que el objetivo concentra materias que, por su entidad, podrían constituir capítulos independientes: límites de agenda y tiempos asistenciales, retribución vinculada a la Tarjeta Sanitaria Individual, urgencias extrahospitalarias, dimensionamiento de plantillas, accesibilidad y Programa Especial de Atención Primaria. Sin embargo, todas ellas forman parte de un mismo modelo asistencial y se encuentran estrechamente relacionadas, por lo que deben abordarse de manera coordinada. La modificación aislada de uno de estos elementos puede trasladar el problema a otro ámbito, generando mayor demora, sobrecarga asistencial, déficits de cobertura o una incorrecta duplicidad en la estimación económica.

Por este motivo, el capítulo conserva el grado de detalle necesario para definir con precisión qué se solicita, a qué colectivos y dispositivos afecta, cómo debe aplicarse cada medida, cuál es su justificación asistencial y profesional y qué impacto económico puede derivarse de su implantación. Al mismo tiempo, la redacción se estructura en bloques diferenciados y evita reiteraciones innecesarias, manteniendo íntegramente los límites asistenciales, los criterios de activación, las reglas de funcionamiento y las referencias económicas esenciales de la propuesta.

18.1. Medicina Familiar y Comunitaria

18.1.1. Cupos, agendas y tiempos asistenciales

- Establecer una agenda máxima de 30 pacientes por médico y jornada, computando toda la actividad asistencial: presencial, telefónica, virtual, administrativa, no demorable y domiciliaria.
- Garantizar un tiempo mínimo de 10 minutos por cita o prestación asistencial.
- Reservar diariamente tiempo para informes y espacios protegidos dentro de la jornada para coordinación, formación, gestión clínica y demás funciones profesionales no directamente asistenciales.

La medida pretende reducir la sobrecarga sostenida, adaptar los tiempos asistenciales a la creciente complejidad de la población y evitar que las tareas no presenciales se desplacen fuera de la jornada.

Para el profesional supone una reducción objetiva de carga y mayor tiempo efectivo por paciente.
Impacto económico: no se asigna un coste independiente a la reducción de agendas, porque su necesidad económica se materializa mediante la adecuación estructural de plantillas y, transitoriamente, a través del Programa Especial del apartado 18.5. Computarlo de forma separada produciría una doble contabilización.

18.2. Pediatría de Atención Primaria

18.2.1. Agenda y tiempos asistenciales

- Establecer una agenda máxima de 25 pacientes por pediatra y jornada.
- Garantizar espacios horarios protegidos para informes, coordinación, formación, gestión clínica y actividades profesionales no directamente asistenciales.
- Establecer una duración mínima de 40 minutos para las primeras visitas y revisiones del recién nacido.

La agenda máxima de 25 pacientes pretende asegurar tiempos compatibles con la atención pediátrica y, especialmente, con las consultas y revisiones de mayor complejidad. Como en Medicina de Familia, el coste derivado de la reducción de agenda se canaliza mediante plantillas y Programa Especial, por lo que no se cuantifica de forma independiente.

18.3. Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)

18.3.1. Actualización propuesta

- Incrementar un 5 % los valores actualmente vigentes de la TSI tanto en Medicina de Familia como en Pediatría.
- Crear en Medicina de Familia un tramo específico para pacientes de 80 o más años, con un valor un 5 % superior al nuevo valor del tramo de 65 a 79 años.
- Mantener la clasificación por dispersión geográfica G1, G2, G3 y G4 y el sistema de cálculo mensual.
- Configurar el incremento como específico, adicional y no absorbible, independiente de las actualizaciones retributivas generales, incluido el IPC.

El nuevo tramo de 80 o más años representa un incremento efectivo del 10,25 % respecto al valor actualmente vigente del tramo de 65 o más años, al aplicarse primero el incremento general del 5 % y después un 5 % adicional sobre el valor actualizado.

Valores propuestos - Medicina de Familia (euros por TSI y mes)

Grupo de edad	G1	G2	G3	G4
14 a 64 años	0,315860	0,494383	0,604244	0,631712
65 a 79 años	0,700375	0,851432	0,961294	0,988759
80 o más años	0,735394	0,894004	1,009358	1,038197

Valores propuestos - Pediatría (euros por TSI y mes)

Grupo de edad	G1	G2	G3	G4
0 a 2 años	0,714106	0,865165	0,961294	1,002491
3 a 6 años	0,700375	0,851432	0,961294	0,988759
7 a 13 años	0,315860	0,494383	0,604244	0,631712

18.3.2. Beneficio profesional y estimación económica

La actualización reconoce la responsabilidad asociada a la población asignada y la mayor carga derivada del envejecimiento. Tomando como referencia aproximada 1.400 cupos conjuntos de Medicina de Familia y Pediatría, el incremento equivale a una media aritmética de unos 618 euros por cupo y año, aproximadamente 51 euros mensuales, aunque la cuantía individual dependerá del número y edad de las TSI y de la clasificación G1-G4.

Grupo de edad	Incremento anual estimado
0-2 años	20.830 €
3-6 años	31.866 €
7-13 años	42.078 €
14-64 años	505.257 €
65-79 años	146.232 €
80 o más años	118.258 €
TOTAL	**864.521 €**

Coste anual estimado para el SCS: 864.521 euros (aproximadamente 0,86 millones). La cifra definitiva deberá recalcularse con las TSI realmente asignadas y retribuidas, desglosadas por edad, categoría y grupo de dispersión.

18.4. Urgencias extrahospitalarias

18.4.1. Dimensionamiento de plantillas y límites de actividad

El SCS realizará, al menos semestralmente, una evaluación de las necesidades estructurales de personal de SNU, SEU, Equipos de Incidencias y PLUSCAN, atendiendo a actividad, dotación real y adecuación de plantillas. Se establecen los siguientes umbrales máximos de referencia por médico:

Dispositivo	Jornada	Máximo de pacientes
Incidencias / PLUSCAN	7 h	36
SNU / SEU	16 h	40
SNU / SEU	24 h (domingos y festivos)	48

La superación mantenida de estos umbrales determinará la incorporación de recursos humanos mediante incremento estructural de plantilla o, hasta su cobertura, contratación temporal, refuerzos o programas específicos. El objetivo es evitar cargas incompatibles con una atención urgente segura. El coste estructural no puede fijarse sin conocer qué dispositivos superan los límites y cuántos equivalentes a jornada completa serían necesarios.

18.4.2. Atención Continuada dentro de la jornada ordinaria

Se propone incrementar un 30 %, en un único ejercicio, las cuantías de Atención Continuada dentro de la jornada ordinaria correspondientes al personal médico y facultativo A/A1 de SNU/SEU y a refuerzos o sustituciones cuando esas horas formen parte de su jornada ordinaria.

Modalidad	Tramo retribuido	Actual	Incremento	Propuesta
A - Nocturnidad	22:00-08:00	5,64 €/h	+30 %	7,33 €/h
B - Domingos y festivos	08:00-22:00	12,77 €/h	+30 %	16,60 €/h

El incremento unitario es de 1,69 €/h en modalidad A y 3,83 €/h en modalidad B. En un esquema ordinario de cuatro equipos, un médico que trabaje aproximadamente cada cuarto día obtendría como referencia unos 2.400 euros adicionales al año, alrededor de 200 euros mensuales de media, con variación según los domingos y festivos realizados.

Coste anual de referencia para el SCS: entre 580.000 y 610.000 euros. A efectos de planificación se adopta una cifra central de 600.000 euros, pendiente de cierre con las horas A y B efectivamente liquidadas y el número real de líneas médicas simultáneas de cobertura.

18.4.3. Turnos extraordinarios SNU/SEU

Los turnos extraordinarios realizados voluntariamente fuera de la programación ordinaria se retribuirán mediante cuantías mínimas garantizadas. Incidencias y PLUSCAN quedan fuera de este modelo específico, sin perjuicio de sus necesidades de sustitución y plantilla.

Tipo de turno	Duración	Actual equivalente	Propuesta	Incremento
Lunes-viernes	16 h	383,36 €	650 €	+266,64 € (+69,6 %)
Sábado	16 h	592,48 €	800 €	+207,52 € (+35,0 %)
Domingos y festivos	24 h	888,72 €	1.300 €	+411,28 € (+46,3 %)

La diferenciación de domingos y festivos reconoce la mayor penosidad y la duración continuada de 24 horas. Las cuantías son mínimos garantizados y no absorberán derechos o importes superiores que resulten aplicables.

El coste adicional anual se calculará como 266,64 € × L + 207,52 € × S + 411,28 € × D, siendo L los turnos de lunes a viernes, S los sábados y D los domingos y festivos. Por cada 100 turnos, el incremento sería de 26.664 €, 20.752 € y 41.128 €, respectivamente. El coste total queda pendiente del número real de turnos por tipo. Las sustituciones por IT que ocupen una línea ordinaria no se contabilizarán por duplicado; solo se añadirá el coste específico cuando la cobertura se realice mediante actividad extraordinaria fuera de jornada.

18.4.4. Seguimiento específico de Urgencias Extrahospitalarias

Hasta la constitución de la Junta de Personal Médico y Facultativo prevista en el capítulo 2, se constituirá un grupo de estudio con la Administración y las organizaciones sindicales para revisar plantillas, actividad, superación de umbrales, refuerzos, incapacidad temporal y turnos extraordinarios, y cerrar las necesidades estructurales y presupuestarias con datos reales.

18.5. Plantillas, accesibilidad y Programa Especial de Atención Primaria

18.5.1. Adecuación estructural y objetivo de demora

La reducción de agendas no podrá trasladarse a un aumento de la demora. La solución estructural debe ser la adecuación de las plantillas y, mientras esta se completa, el Programa Especial actuará como mecanismo complementario y transitorio. Se fija como objetivo que la demora para una cita ordinaria sea inferior a 48 horas.

18.5.2. Programa Especial de Atención Primaria

El Programa Especial ya está implantado y financiado por el SCS. La propuesta no crea un programa nuevo: reorganiza y amplía su utilización, homogeneiza las reglas de activación y distribución y actualiza la retribución. Se configura como actividad extraordinaria programada, complementaria a la jornada ordinaria y comparable, con las adaptaciones propias de Atención Primaria, a los programas especiales de reducción de listas de espera hospitalarias. No sustituirá el dimensionamiento adecuado de las plantillas ni podrá utilizarse de forma permanente para compensar déficits estructurales.

18.5.2.1. Unificación normativa

Se reclama dejar sin efecto la aplicación de la Instrucción 9/2006 a la actividad extraordinaria incluida en este Programa y eliminar de la Instrucción anual de Retribuciones cualquier remisión a aquella norma. Toda la actividad se regulará exclusivamente por la Instrucción que en cada momento regule el Programa Especial de Atención Primaria, actualmente la Instrucción 12/2024 o la que la sustituya, incorporando expresamente las condiciones acordadas en la negociación. El objetivo es evitar circuitos paralelos, diferencias de aplicación y reglas retributivas distintas para actividades equivalentes.

18.5.2.2. Causas de activación

Causa	Criterio de activación
Exceso de actividad	Actividad superior a 30 pacientes/día en Medicina de Familia o 25 en Pediatría; el exceso no absorbible dentro de esos límites podrá programarse mediante el Programa.
Demora / lista de espera	Demora ordinaria superior a 48 horas en cupo, EAP o ZBS, manteniéndose la actividad hasta recuperar una demora inferior al umbral.
Ausencias reglamentarias o programadas	Cuando no exista posibilidad razonable de cobertura ordinaria mediante nombramiento o contratación. La actividad ya financiada no se contabilizará de nuevo, salvo la actualización de 300 a 350 € por sesión.
Demanda no demorable y sobrecarga	Usuarios sin cita con demanda no demorable u otras situaciones objetivas de sobrecarga que no puedan resolverse adecuadamente en la jornada ordinaria.

18.5.2.3. Reglas de funcionamiento y distribución

- Participación voluntaria, planificación periódica y oferta sistemática, transparente y previamente conocida.
- Reparto objetivo y equitativo cuando existan más voluntarios que sesiones, sin atribuir al titular del cupo la responsabilidad exclusiva de resolver la demora ni imponer el autodoblaje.
- Actividad fuera de la jornada ordinaria, con respeto de los límites máximos de trabajo y descansos, sin detrimento de la actividad propia del puesto y con seguimiento periódico de demora, actividad, distribución y resultados.

En Medicina de Familia, la oferta se realizará primero a los profesionales voluntarios de la propia Zona Básica de Salud y, si no fuera suficiente, a médicos de Familia de otras ZBS. Dentro de cada nivel se aplicará rotación y reparto proporcional.

En Pediatría, el orden será:

1) pediatras y médicos de Familia con actividad pediátrica habitual, acreditada o consolidada de la propia ZBS;
2) profesionales con actividad pediátrica de otras ZBS; y
3) médicos de Familia que reúnan las condiciones necesarias para asumir actividad pediátrica, priorizando primero la propia ZBS y después otras. La cobertura adicional no recaerá exclusivamente sobre el pediatra titular del cupo.

El personal con reducción de jornada podrá participar de forma proporcional a su jornada efectiva: una jornada del 75 %, 67 % o 50 % permitirá acceder como máximo al mismo porcentaje de actividad del Programa; cualquier otro porcentaje seguirá la misma regla de proporcionalidad.

18.5.2.4. Sesiones y retribución

Categoría	Duración mínima	Actividad de referencia	Retribución propuesta
Medicina de Familia	4 horas	25 citas	350 €/sesión
Pediatría	4 horas	20 citas	350 €/sesión

La retribución médica pasa de 300 a 350 euros brutos por sesión, un incremento de 50 euros (+16,67 %). Los 350 euros tendrán carácter de mínimo de referencia y se actualizarán con los incrementos retributivos generales, sin que estos puedan absorber la mejora específica. Si una sesión se reparte entre varios profesionales, cada uno percibirá la parte proporcional a la actividad efectivamente realizada.

El Programa tendrá expresamente la consideración funcional de programa de reducción de listas de espera en Atención Primaria y se gestionará con planificación previa, objetivos asistenciales, oferta transparente, dotación presupuestaria identificable, seguimiento y evaluación. No se establecerán límites artificiales al número de sesiones destinadas a reducir demora cuando exista una necesidad asistencial objetivamente acreditada.

18.5.3. Estimación económica del Programa Especial

18.5.3.1. Hipótesis de referencia

La estimación dimensiona el impacto presupuestario con la información disponible y deberá sustituirse por los datos reales del SCS. Los valores de 34 pacientes en Medicina de Familia y 28 en Pediatría se utilizan únicamente porque son referencias regulatorias actuales del Programa, no porque se afirme que representen la actividad media real de todos los cupos.

Parámetro	Medicina de Familia	Pediatría
Referencia regulatoria actual	34 pacientes/día	28 pacientes/día

Parámetro	Medicina de Familia	Pediatría
Agenda máxima propuesta	30 pacientes/día	25 pacientes/día
Actividad a absorber	4 pacientes/día	3 pacientes/día
Capacidad por sesión	25 pacientes	20 pacientes
Retribución propuesta	350 €	350 €

Se utilizan 20 días laborables al mes y 12 meses de actividad. Como base provisional se mantienen aproximadamente 1.400 cupos conjuntos de Medicina de Familia y Pediatría. Dado que la activación dependerá también de la demora y de otras situaciones de sobrecarga, se adopta como escenario central de planificación que el 80 % de los cupos pueda necesitar apoyo en algún momento del ejercicio: 1.400 × 80 % = 1.120 cupos equivalentes potencialmente afectados. No se trata de un censo real de perceptores ni presupone uso permanente durante todo el año.

18.5.3.2. Coste recurrente e impacto inicial

Medicina de Familia: absorber 4 pacientes diarios adicionales equivale a 80 citas/mes; a 25 citas por sesión son 3,2 sesiones mensuales, 1.120 €/mes y 13.440 €/año por cupo. Pediatría: absorber 3 pacientes diarios equivale a 60 citas/mes; a 20 citas por sesión son 3 sesiones mensuales, 1.050 €/mes y 12.600 €/año por cupo.

Para modelizar el esfuerzo inicial de reducción de la demora se mantiene, de forma exclusivamente provisional y hasta disponer de datos oficiales, una referencia aproximada de 7 días y cinco jornadas equivalentes de actividad acumulada. Ello supone 6,8 sesiones y 2.380 € por cupo en Medicina de Familia, y 7 sesiones y 2.450 € por cupo en Pediatría. Esta partida es transitoria y no debe mantenerse como coste recurrente una vez alcanzado el objetivo inferior a 48 horas, salvo que vuelva a generarse una lista de espera que exija nueva actuación extraordinaria.

Concepto	Medicina de Familia	Pediatría
Necesidad recurrente anual por cupo	13.440 €	12.600 €
Esfuerzo inicial por cupo	2.380 €	2.450 €
Necesidad bruta del primer año por cupo	15.820 €	15.050 €

18.5.3.3. Estimación global y criterio de incremento neto

Concepto	Rango estimado
Reducción de agendas - coste recurrente anual	14.112.000 - 15.052.800 €
Esfuerzo inicial para reducir listas de espera	2.665.600 - 2.744.000 €
Necesidad bruta estimada - primer año	16.856.000 - 17.718.400 €
Necesidad recurrente - años sucesivos	14.112.000 - 15.052.800 €

Referencia presupuestaria central: aproximadamente 17,3 millones de euros el primer año y 14,6 millones anuales en los años sucesivos. Estas cifras representan necesidad bruta estimada de nueva actividad y no equivalen automáticamente al incremento presupuestario neto, ya que parte de las finalidades del Programa ya se encuentran financiadas.

El paso de 300 a 350 euros supone un aumento del 16,67 % por sesión. Aplicado a la nueva actividad estimada, el efecto específico de la nueva tarifa sería de aproximadamente 2,408-2,531 millones de euros el primer año y 2,016-2,150 millones en los años sucesivos. A ello deberá añadirse la revalorización de las sesiones médicas que el SCS ya financia actualmente, calculada como número de sesiones existentes × 50 euros, o como el 16,67 % del gasto ejecutado en sesiones médicas retribuidas a 300 euros.

Para evitar duplicidades, el incremento neto se cerrará con la siguiente regla: nuevas sesiones realmente necesarias × 350 € + sesiones actuales que se mantienen × 50 €. Cuando sesiones ya financiadas cubran las mismas finalidades incluidas como nueva actividad, deberán descontarse de las nuevas necesidades; no se descontará financiación destinada a finalidades que deban seguir atendiéndose, como ausencias, demanda no demorable u otras necesidades independientes.

18.5.4. Información necesaria para el cierre económico

El SCS deberá facilitar, con referencia al último ejercicio completo y desglosado por Gerencia, ZBS y categoría cuando proceda:

1. Número exacto de cupos de Medicina de Familia y Pediatría, diferenciando cupos cubiertos, vacantes y puestos sin profesional estable, junto con la actividad ordinaria real por cupo y la distribución de cupos por nivel de actividad, incluyendo los que superan 30/34 pacientes en Medicina de Familia y 25/28 en Pediatría.
2. Demora para cita ordinaria, con media, mediana y porcentaje de cupos con demora superior a 48 horas.
3. Dotación presupuestaria y gasto ejecutado del Programa Especial durante los últimos doce meses, número total de sesiones y desglose por categoría y finalidad: ausencias, reducción de demora/listas de espera, demanda no demorable y otros supuestos.
4. Número de profesionales inscritos y participantes, porcentaje de jornada y distribución de actividad.

5. Importe actualmente destinado a cada finalidad, para identificar qué financiación debe mantenerse y qué parte puede computarse para los nuevos objetivos sin duplicidad.

Para Urgencias Extrahospitalarias deberán aportarse, además, las horas A y B efectivamente liquidadas, el número real de líneas médicas, los dispositivos que superan los umbrales, las necesidades de plantilla y el número anual de turnos extraordinarios de lunes a viernes, sábados y domingos/festivos.

18.6. Reclamación a la Administración

1. Implantar agendas máximas de 30 pacientes/día en Medicina de Familia y 25 en Pediatría, con un mínimo de 10 minutos por cita en Medicina de Familia, 40 minutos para primeras visitas y revisiones del recién nacido y tiempos protegidos para actividad no asistencial.
2. Actualizar la TSI un 5 %, crear el tramo de 80 o más años con un 5 % adicional sobre el tramo actualizado de 65-79 años y mantener dispersión G1-G4, cálculo mensual y carácter específico no absorbible.
3. Evaluar semestralmente las plantillas de SNU, SEU, Incidencias y PLUSCAN, aplicar los umbrales de actividad establecidos e incorporar recursos cuando su superación sea mantenida.
4. Incrementar un 30 % la Atención Continuada dentro de la jornada ordinaria en SNU/SEU y fijar como mínimos para turnos extraordinarios 650 € de lunes a viernes (16 h), 800 € los sábados (16 h) y 1.300 € domingos y festivos (24 h).
5. Adecuar estructuralmente las plantillas de Atención Primaria para que la reducción de agendas no incremente la demora y mantener como objetivo una cita ordinaria en menos de 48 horas.
6. Unificar la regulación del Programa Especial en la Instrucción 12/2024 o norma que la sustituya, dejando sin efecto la Instrucción 9/2006 para estas actividades; activar el Programa por exceso de agenda, demora superior a 48 horas, ausencias, demanda no demorable y otras sobrecargas objetivas; y gestionarlo con voluntariedad, transparencia, reparto equitativo y seguimiento.
7. Permitir la participación proporcional del personal con reducción de jornada e incrementar la retribución médica de 300 a 350 euros brutos por sesión como mínimo de referencia, sin absorción por actualizaciones generales.
8. Dotar presupuestariamente las medidas y facilitar la información necesaria para sustituir las estimaciones por una memoria económica definitiva, evitando cualquier doble contabilización.

18.7. Referencia económica actualmente cuantificada

Bloque	Referencia anual
Actualización TSI	864.521 €
Atención Continuada ordinaria SNU/SEU (+30 %)	≈ 600.000 €
Programa Especial - nueva actividad bruta, primer año	≈ 17,3 M€
Programa Especial - nueva actividad bruta, años sucesivos	≈ 14,6 M€/año

Sumando exclusivamente las partidas actualmente cuantificadas, la referencia aritmética es de aproximadamente 18,76 millones de euros el primer año y 16,06 millones anuales en los años sucesivos. Estas cifras no constituyen todavía el incremento neto definitivo: el Programa Especial debe ajustarse por la financiación ya existente, y quedan pendientes de cuantificar los turnos extraordinarios y los posibles incrementos estructurales de plantilla derivados de la superación de umbrales o de la adecuación asistencial.

RESUMEN ECONÓMICO CONSOLIDADO DE LOS 18 OBJETIVOS

La siguiente tabla reúne las referencias económicas actualmente cuantificadas en el propio pliego. Cuando la cifra es bruta, provisional, ya ofrecida por el SCS o depende de datos pendientes, se indica expresamente para evitar presentarla como coste neto definitivo.

Obj.	Medida	Coste anual de referencia	Carácter	Pendiente / observación
1	Estatuto Médico y Facultativo propio	—	Sin coste directo cuantificado	Actuación institucional/normativa.
2	Representación colectiva	No cuantificado	Impacto previsiblemente nulo o muy reducido	Posible coste limitado derivado del incremento de representantes, crédito horario y eventuales necesidades de cobertura.
3	Colaborador Docente / Tutores	15.036.000 €	Coste adicional estimado	Pendiente censo real y gasto actual de tutores.
4	Productividad Factor Fijo +30 %	15.999.139,15 €	Referencia anual	Pendiente validación SIRHUS/nómina e IT/ITT.
5	Productividad Factor Variable +50 %	13.051.196,96 €	Referencia anual	RLE/IPC 2014 pendiente y no incluido.
6	Complemento de Destino	≈ 15.490.000 €	Estimación anual	Pendiente validación de puestos por nivel/categoría.
7	Carrera Profesional	16.186.311,62 €	Coste estructural cuantificado	Incluye mejora SCS + N0→N1; faltan progresiones y atrasos.
8	Módulos por exención de guardias	22.395.044,10 €	Mínimo estructural	Falta revalorización por nuevas guardias y módulo festivo.
9	Guardias / atención continuada	≈ 4.682.820 €*	Estimación parcial provisional L-V	Una guardia de lunes a viernes se computa como 1 unidad. Annualización técnica de los diferenciales mensuales del propio pliego; faltan fines de semana, festivos, islas no capitalinas y actividad real.
10	Mayores de 60 años	Pendiente	No cuantificado	Faltan médicos >60 de AP y coste real de sustitución; posibles programas especiales.

Obj.	Medida	Coste anual de referencia	Carácter	Pendiente / observación
11	Recién egresados FSE	No cuantificado de forma independiente	Impacto reducido o nulo	El principal impacto derivado del reconocimiento de la FSE en Carrera Profesional ya se computa en el Objetivo 7; solo existiría coste adicional por nuevas contrataciones netas.
12	Estabilidad en el empleo	No cuantificado	Principalmente organizativo	Solo habría coste adicional por incremento neto de plantilla.
13	Seguro de RC profesional	≈ 1.650.000 € netos	Escenario central	Rango aproximado 1,54–1,76 M€ según exclusividad.
14	Formación continuada	8.046.706 €	Coste bruto escenario base	No equivale a incremento neto; debe descontarse gasto actual.
15	Adecuación de agendas hospitalarias / listas de espera	Pendiente	No cuantificado	Faltan actividad real, necesidades de plantilla y actividad extraordinaria. Las medidas y costes de Atención Primaria se incluyen en el Objetivo 18.
16	Concurso de traslados permanente	No cuantificado	Impacto administrativo previsiblemente limitado	Medida de carácter principalmente organizativo y administrativo.
17	MIR/FSE	11.050.599,04 €	Mínimo cuantificado	10,105 M€ corresponden a guardias ya ofrecidas por el SCS; 945.563,20 € son nuevas solicitudes retributivas adicionales.
18	Mejoras específicas de Atención Primaria	≈ 18,76 M€ primer año / ≈ 16,06 M€/año sucesivos	Referencia mixta y provisional	Incluye TSI 864.521 €, Atención Continuada ordinaria SNU/SEU ≈600.000 € y Programa Especial bruto ≈17,3/14,6 M€; pendientes el ajuste por financiación ya existente, los turnos extraordinarios y los posibles incrementos estructurales de plantilla.

TOTAL ARITMÉTICO DE REFERENCIAS CUANTIFICADAS - PRIMER AÑO: 142.352.337,87 €

TOTAL ARITMÉTICO DE REFERENCIAS CUANTIFICADAS - AÑOS SUCESIVOS: 139.652.337,87 €

Nota: estas sumas son referencias de planificación, no un coste neto definitivo. Incluyen partidas brutas (especialmente Formación y Programa Especial de Atención Primaria), importes ya incorporados a ofertas del SCS y una estimación parcial del Objetivo 9. No incluyen partidas pendientes de cuantificación. El coste neto final deberá cerrarse con los datos económicos y de actividad del SCS y evitando cualquier doble contabilización.

* En el Objetivo 9, una guardia de lunes a viernes se computa como 1 unidad a efectos de esta estimación.