

## Sistema Nacional de Salud. La retribución variable

*Emilia Díaz Ojeda, Pilar Navarro Barrios y Sara Prados Díaz*

*\*Secretaría federal del Sector de Salud y Servicios Sociosanitarios.*

### Introducción

---

El personal de los Servicios de Salud Autonómicos que, junto con el del Instituto para la Gestión Sanitaria o INGESA, conforma el Sistema nacional de Salud (SNS) tiene, en su mayor parte, vinculación estatutaria con la Administración y su régimen retributivo está contemplado en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, que permanece vigente en tanto no se desarrolle la normativa básica contenida en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, por parte del Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA) en el ámbito de sus respectivas competencias. Es una excepción Navarra, cuyo personal tiene vinculación funcionaria.

El RDL 3/1987 contempla los diversos conceptos retributivos estableciendo

2 bloques: retribuciones básicas (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) y retribuciones complementarias (complemento de destino, complemento específico, complemento de productividad, complemento de atención continuada), así como las indemnizaciones por razón del servicio y por residencia y la ayuda familiar.

Para un mismo servicio de salud las retribuciones se establecen anualmente para cada categoría y puesto funcional quedando sometidos a variabilidad algunos complementos como son:

1. Complemento de atención continuada en correspondencia con el trabajo desarrollado bajo este concepto.

2. Complemento de productividad, que se define como aquel destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas, comprende un factor fijo y otro factor variable. Dentro del factor fijo se incluye el pago capitativo a médicos y enfermeros

---

\*Este trabajo ha sido patrocinado por la FSP-UGT y elaborado en la Secretaría Federal del Sector de Salud y Servicios Sociosanitarios.

de Atención Primaria en función del cupo de pacientes asignados. El factor variable ha posibilitado la implantación de un sistema de incentivos por consecución de objetivos, así como la introducción de la carrera profesional en Cataluña y Canarias. Navarra, que también cuenta con Carrera Profesional, se rige por normativa propia: Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, de regulación del régimen específico del personal adscrito al servicio navarro de salud-Osasunbidea y Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo.

### **Objetivo del trabajo**

---

El estudio que se plantea consiste en la revisión del uso que se está haciendo en las CCAA del factor variable del complemento de productividad, a través del concepto de productividad variable o incentivación por consecución de objetivos, y de la carrera profesional.

El objetivo que se pretende es adquirir una visión comparativa de conjunto, de manera que lleguemos a conocer el peso de la retribución variable en el salario, los criterios de asignación, las diferencias entre categorías o grupo de clasificación en un mismo servicio de salud y en el conjunto del SNS y el porcentaje

que representa del presupuesto del capítulo de personal.

Esta información puede servir de base para analizar las tendencias actuales de las políticas aplicadas a la gestión de recursos humanos y contraponerlas con los resultados de los correspondientes servicios de salud.

### **Metodología**

---

Ha supuesto una tarea difícil acceder a la información necesaria porque está dispersa y no se atiene a una sistemática.

Para la carrera profesional se utiliza la información recogida en normativa y tablas salariales publicadas por el servicio de salud, en el caso de Navarra; acuerdo de mesa sectorial del 30 de diciembre de 2002 e instrucciones para la confección de nóminas, en el caso del Instituto Catalán de la Salud; documento suscrito el 2 de julio de 2003 entre la Administración y organizaciones sindicales de mesa sectorial sobre el modelo de carrera profesional del personal facultativo, en el servicio canario de salud.

La incentivación variable solamente consta en las órdenes de retribuciones de Andalucía y Cataluña. En las restantes comunidades se contempla en Acuerdos o Pactos de Mesa Sectorial, renovados tras las transferencias sanitarias, como es

el caso de Extremadura o en las Resoluciones de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo, como es el caso de Madrid. En algunas comunidades con transferencias desde el 1 de enero de 2002 se ha procedido a prorrogar el último acuerdo del INSALUD para el año 2001, de lo que se tiene conocimiento a través de instrucciones de las distintas administraciones, o simplemente a través de la evidencia de la percepción retributiva por los trabajadores, pero no se ha podido acceder a documento alguno.

Este concepto no solamente es variable por cuanto es voluntario optar a él, sino, además, porque solamente se conoce *a priori* la estimación de las cantidades medias por grupo o categoría profesional que se contabiliza para la constitución de la bolsa de incentivación y, en algunas autonomías, se fijan, además, las cantidades máximas posibles a percibir. Esto es así porque la cuantía final que percibe cada trabajador depende del porcentaje de consecución de los objetivos marcados.

Los datos introducidos se refieren a cantidades medias, con excepción de Cataluña que solamente refiere el porcentaje máximo del sueldo que puede percibirse. En las comunidades de las que no se dispone de información actualizada

pero se tiene conocimiento de que se ha prorrogado el acuerdo de mesa sectorial del 2001 del INSALUD, se extrapolan las cantidades aplicándoles el aumento del 2% por año y se convierten a la moneda actual.

## **Evolución histórica de la productividad variable**

---

### **La incentivación variable**

En aplicación del RDL 3/1987, de 11 de septiembre, se desarrolla a partir de 1989 una formulación de incentivación por consecución de objetivos que conlleva la percepción de una retribución en concepto de productividad variable. Los incentivos al rendimiento no crean derecho individual alguno con respecto a sucesivos ejercicios. El personal afectado es exclusivamente el personal estatutario al que se aplica el sistema retributivo aprobado en el mencionado RDL. Quedan excluidos, inicialmente, el personal no estatutario y el personal estatutario de modelo tradicional (cupo y zona). Los sanitarios locales (personal funcionario) por aplicación de la disposición transitoria cuarta del Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, quedan asimilados al personal estatutario al integrarse en los equipos de salud de las zonas básicas

y a las matronas y fisioterapeutas de área se les aplica, de igual forma, la disposición Adicional primera del RD 1453/89, de 1 de diciembre sobre provisión de plazas sanitarias en los equipos de Atención Primaria del INSALUD.

El presupuesto destinado a dicho fin se establece mediante créditos específicos, con carácter limitativo y anual, y se distribuye por centros de gasto.

Las actividades remunerables que se establecieron inicialmente (instrucciones de la dirección general de recursos humanos, suministros e instalaciones, de 7 de marzo de 1991) contemplaban:

1. La participación en programas o actividades, previamente acordadas, con determinación expresa de sus objetivos. Haciendo mención expresa de que “en la medida que las actividades remuneradas sean resultado de un trabajo en equipo, y sin perjuicio de la asignación individual que finalmente resulte, se podrá tomar el equipo, servicio o unidad como elemento de distribución inicial”.

2. Excepcionalmente, la prestación de servicios fuera de la jornada de trabajo cuando los mismos no sean retribuidos a través del complemento de atención continuada (o concepto equiparable).

3. La extracción y trasplantes de órganos y la coordinación de tales actividades.

En cuanto a los criterios de asignación de cantidades se establecen las siguientes directrices:

1. Cualquier trabajador que perciba sus retribuciones mediante el sistema retributivo establecido en el RDL 3/1987 puede estar incluido, si bien, la asignación recaerá fundamentalmente en personal perteneciente al grupo A sin que, en ningún caso, se establezca una distribución generalizada por grupo.

2. El gerente/director individualizará las cuantías concretas que se asignen, teniendo presente la naturaleza del complemento y las actividades, aptitudes y actitudes del personal que lo haya de percibir.

3. La valoración de los incentivos deberá realizarse en función de circunstancias relacionadas directamente con el desempeño del puesto de trabajo y la consecución de los resultados u objetivos asignados al mismo en el correspondiente programa.

4. El número total de personas que perciba cuantías en concepto de incentivos al rendimiento (concepto 153), cualquiera que sea su naturaleza, no podrá exceder del 40 % del número de puestos de trabajo y plazas que suman la totalidad de las plantillas de las instituciones integradas en cada centro de gasto.

Inicialmente, no se contempla la negociación de esta materia sino únicamente

te la información a los representantes sindicales y a las juntas de personal, pero sí la publicidad de las asignaciones según establece el mismo RDL 3/1987.

El INSALUD puso en marcha, durante los años 1997 a 2000, un sistema general de incentivación que fue recogido en los acuerdos sobre productividad variable de mesa Sectorial de 1997 y 1998-1999.

El sistema se basaba en el establecimiento de un contrato programa entre la presidencia ejecutiva del INSALUD y cada centro de atención especializada (AE), cuyo cumplimiento creaba el derecho a la percepción de incentivos, en concepto de productividad variable, hasta una cuantía máxima prefijada, en función de la consecución de objetivos de actividad asistencial y objetivos de calidad (a partes iguales) así como la firma de los objetivos del servicio y del conocimiento del contrato programa, lo que suponía un 10% de la cantidad a percibir para el personal facultativo y 5% para el resto. Para los grupos B al E se introduce otro criterio, el absentismo, que representa el 15% de la percepción total.

En Atención Primaria (AP) los contratos-programa se inician en 1993 en el INSALUD, pasando a llamarse contratos de gestión desde 1999. En los primeros años estos contratos se suscriben únicamente con las gerencias de área y hasta

1997 no se incorpora a los equipos de AP y unidades de apoyo. A partir de ese momento la evaluación ya no se hace sólo a la Gerencia en su conjunto sino que, además, se realiza a los equipos de AP y unidades de apoyo que firman el contrato de gestión. Los mínimos comunes que se establecen son: la firma del contrato, alcanzar el pacto de coberturas y que los recursos presupuestarios consumidos fueran inferiores a los asignados. Además, se establece un segundo nivel de incentivación basado en un sistema de torneo entre las gerencias de AP sobre la base de 4 criterios: máximas coberturas alcanzadas, mayor cumplimiento de normas técnicas mínimas, comparación del índice de la encuesta de satisfacción con respecto al global del INSALUD y pertenencia a gerencias de AP subvencionadas o subfinanciadas.

En 1998 se incorpora por primera vez al servicio de urgencias de Madrid (061), que se configura como gerencia independiente. Las cláusulas contenidas se centraron en los siguientes 11 temas, que persisten hasta 2002: población, estructura asistencial, financiación, objetivos y actividad asistencial, calidad, coordinación Primaria-especializada, participación de los profesionales, contratos de gestión asistencial, incentivación, formación continuada e incapacidad temporal.

En 2001 se añade una nueva cláusula, asumiendo las “líneas estratégicas de actuación” diseñadas, que pretendía recoger actuaciones en las que gerencias o unidades de AP estuvieran trabajando y que no pudieran ser reflejadas en las líneas comunes. En este año se formalizan contratos de gestión con las 57 gerencias de Primaria y con las 10 del 061. Este es el primer año en el que se formaliza un acuerdo en mesa sectorial sobre los criterios de reparto en AP y se establece un órgano de vigilancia y control, que es la comisión local de incentivos, con composición paritaria entre las organizaciones sindicales firmantes del referido acuerdo y los equipos directivos de los centros de gasto.

### **La carrera profesional**

En el SNS tres son las Comunidades que han aprobado y han implantado, en mayor o menor grado, esta herramienta de motivación e incentivación profesional.

#### *Navarra*

Es la comunidad que, con competencias sanitarias ya transferidas, introduce esta iniciativa a través de su Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, que regula el régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y establece en su artículo 34 las dis-

tintas fórmulas a través de las cuales se propiciará la promoción del personal, señalando en su apartado d) que para el establecimiento de incentivos salariales basados en la Carrera Profesional u otros elementos, el Gobierno de Navarra remitirá al Parlamento, en su caso, un proyecto de Ley Foral. El desarrollo reglamentario se establece en el Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre.

Durante los años 1992-1995 se produce un proceso de acoplamiento transitorio para el personal facultativo en un determinado nivel reconocido, con un criterio basado exclusivamente en los años de servicio con plaza en propiedad, con el consiguiente efecto retributivo. Este sistema fue concebido como un medio para determinar la situación de partida de cada facultativo en el momento inicial de aplicación efectiva de la carrera profesional. La finalización del proceso de acoplamiento, sin una lógica continuidad con la aplicación de un modelo de carrera profesional, ha provocado una situación contraria a los objetivos de motivación e incentivación inicialmente perseguidos.

La Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, pretende dar respuesta a una doble circunstancia:

I. El tránsito desde un esquema basado únicamente en la antigüedad hacia un

planteamiento basado además en la evaluación de méritos y resultados.

2. La resolución del problema generado por la falta de aplicación de la Carrera Profesional a los facultativos desde el año 1996 hasta 1999, con la consiguiente ruptura en las expectativas de estos profesionales.

La introducción de un modelo real de Carrera Profesional para el personal facultativo se enmarca en el objetivo general de obtener una mejora global de la atención sanitaria, a través de la implantación de la formación continuada, una mayor participación y gestión de los servicios sanitarios y la introducción de mecanismos de motivación e incentiva- ción que posibiliten una mejora de resultados asistenciales. Se contempla también la aplicación de estos mismos principios a otros estamentos profesionales pero hasta el presente no se ha desarrollado. El ámbito de aplicación se restringe al personal con plaza en propiedad con título de licenciado en Medicina y Cirugía o licenciado en Farmacia, con exclusión del personal de cupo y zona y de los funcionarios al servicio de la sanidad local.

La carrera profesional constituye el reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo por la permanencia y continuidad en su actividad y

por los méritos logrados en el perfeccionamiento y actualización profesionales y en los resultados asistenciales obtenidos.

El sistema de carrera profesional se establece en 5 niveles, que guardarán correspondencia con una retribución en concepto de complemento de carrera profesional, que se abonará en 14 mensualidades junto con las retribuciones básicas, aunque siendo complementaria.

Para el ascenso de nivel deberá alcanzarse una puntuación prevista, debiendo considerarse simultáneamente los años de actividad profesional (que supondrán el 50 %), las actividades asistenciales y el perfeccionamiento profesional (que supondrán el otro 50 %). En ningún caso se dará un retroceso en el nivel adquirido. El número máximo de niveles es de 5. Los años exigibles para acceder a los distintos niveles son: 5 para el segundo, 14 para el tercero, 22 para el cuarto y 29 para el quinto, exigencia que varía en puestos jerárquicos de jefes de sección, clínicos y de servicio.

La evaluación sobre las actividades de dirección-gestión, formación e investigación y desarrollo técnico se realizará a instancia del interesado, cuando esté en situación de efectuar un cambio de nivel por contar con el tiempo de servicios prestados que se exige.

La comisión de evaluación está integrada paritariamente por miembros designados por el servicio de salud y miembros designados de entre el colectivo de facultativos que, en el procedimiento reglamentario, se fija en ocho, uno de ellos designado por la comisión de personal, lo que representa la única participación sindical.

### *Cataluña*

Posibilita la carrera profesional a partir del acuerdo de mesa sectorial de 30 de diciembre de 2002 siendo de aplicación al personal estatutario fijo del Instituto Catalán de la Salud de los estamentos facultativo y sanitario no facultativo además de trabajadores sociales. Quedan excluidos de su aplicación el personal de cupo y zona, el personal de SEU y SOU, el personal facultativo de Urgencia hospitalaria y el personal en formación de especialidad por el sistema de residencia (médico y enfermera).

La carrera profesional se estructura en 5 niveles, puntuándose los servicios prestados en calidad de personal fijo o temporal, requiriéndose 5 años para el paso del primer nivel al segundo y de este al siguiente, 11 para el tercero, 18 para el cuarto y 25 para el quinto. El resto de los méritos consistirá en una puntuación por actividad (con el mayor peso en puntua-

ción), formación continuada, docencia, investigación y compromiso con la organización. Cada nivel exigirá un número de créditos mínimo que irán aumentando en consonancia con los niveles.

La carrera profesional es de acceso voluntario y debe ser solicitada por el interesado para optar a cualquier cambio de nivel. El cambio de nivel no implicará un cambio de puesto de trabajo ni de actividad.

La comisión de evaluación estará formada por miembros fijos designados por la Administración. La participación sindical contará con un miembro por cada organización presente en la mesa sectorial que haya firmado el presente acuerdo, con voz pero sin voto. La implantación de los diferentes niveles se desarrollará progresivamente a lo largo del período 2003-2006.

La retribución complementaria correspondiente se percibirá mensualmente, en 12 pagas.

En Cataluña existen diferentes modelos de carrera profesional para trabajadores de otros organismos, como es el IMAS (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria), en donde se aplica a las diferentes categorías profesionales existentes, con independencia de la fijeza o temporalidad del contrato y exclusión únicamente de médicos residentes, beca-



rios y contratos de guardias no indefinidos o suplencias temporales. Para los grupos A y B se denomina carrera profesional en tanto que para los grupos C, D y E se denomina desarrollo profesional, promoción e incentivación, y se aplica solamente a aquellos con contrato laboral indefinido o funcionario, contemplando solamente tres niveles.

### *Canarias*

Introduce el modelo de carrera profesional a partir del acuerdo de mesa sectorial del 2 de julio de 2003, siendo de aplicación exclusiva al personal facultativo estatutario a partir de julio de 2004.

La carrera profesional tendrá carácter voluntario, tanto en su inicio como en su progresión y asienta sobre los mismos principios que hemos referido en las anteriores comunidades de motivación del personal y mejora de los servicios sanitarios. Ello supone una evaluación de los profesionales individualizadamente. Se estructura en 4 niveles puesto que el nivel cero se considera como situación básica. Los años de servicio requeridos son 5, 10, 16 y 23 para los distintos tramos. Los niveles de carrera no implican cambios de puesto de trabajo ni de actividad, siendo independientes del nivel de responsabilidad jerárquica en la institución, que son compatibles. La progresión en-

tre niveles sólo se podrá hacer hacia el inmediatamente superior.

Los factores a evaluar son, como en los casos anteriores, la actividad asistencial (con el mayor peso), la formación continuada, la docencia, la investigación y el compromiso con la organización.

El complemento retributivo se percibirá en 12 mensualidades.

El personal facultativo que se incorpore al sistema de carrera profesional dejará de participar en los incentivos establecidos en el acuerdo de mesa sectorial de 1 de diciembre de 2001, aprobado por acuerdo del Consejo de Gobierno del 13 de diciembre de 2001.

La comisión de evaluación estará formada paritariamente por 4 representantes del personal facultativo y otros tantos miembros de la Administración. Todos ellos deberán pertenecer al mismo o superior nivel de aquel al que aspire el facultativo evaluado. Uno de ellos podrá ser a propuesta del sindicato con mayor representación en mesa sectorial.

Se contempla la posibilidad de desarrollar la carrera profesional para el personal de enfermería, pero en la actualidad aún no se ha hecho.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias dedica el título III, artículos 37, 38 y 39, al desarrollo profesional y su reco-

nocimiento, estableciendo en su Disposición transitoria segunda que los procedimientos para la implantación del sistema de desarrollo profesional se inicien en todas las profesiones sanitarias con titulación de nivel de licenciatura y diplomatura en los 4 años siguientes a la entrada en vigor de la ley.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de las instituciones sanitarias de los servicios de salud dedica el capítulo VIII, Artículo 40 a establecer los criterios de la carrera profesional en los siguientes términos:

*1. Las Comunidades Autónomas, previa negociación en las mesas correspondientes, establecerán, para el personal estatutario de sus servicios de salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables al personal del resto de los servicios públicos, de forma tal que se posibilite el derecho a la promoción de este personal conjuntamente con la mejor gestión de las instituciones sanitarias.*

*2. La carrera profesional supondrá el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.*

*3. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud establecerá los principios y criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional de los diferentes servicios de salud, a fin de garantizar el reconocimiento mutuo de los grados de la carrera, sus efectos profesionales y la libre circulación de dichos profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.*

*4. Los criterios generales del sistema de desarrollo profesional recogidos en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se acomodarán y adaptarán a las condiciones y características organizativas, sanitarias y asistenciales del servicio de salud o de cada uno de sus centros, sin detrimento de los derechos ya establecidos. Su repercusión en la carrera profesional se negociará en las mesas correspondientes.*

El estatuto marco, en su capítulo IX sobre retribuciones y artículo 43 sobre retribuciones complementarias, incorpora como concepto retributivo diferenciado el “complemento de carrera”, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría. Este concepto no estaba incorporado específicamente en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, de la Jefatura del Estado, sobre retribuciones del personal es-

tatutario del Instituto Nacional de la Salud (BOE n.º 219, de 12 de septiembre).

### **Particularidades por servicios de salud autonómicos**

---

#### **Andalucía**

Dentro del factor variable del complemento de productividad se contemplan varias modalidades:

1. El complemento al rendimiento profesional que retribuye los resultados obtenidos por el servicio o unidad y el desempeño individual, la asunción de tareas adicionales al puesto de trabajo y la participación en programas especiales y el nivel de desarrollo profesional alcanzado (resolución 682/03, de 28 de julio).

2. Por consecución de resultados (resolución 682/03, de 28 de julio).

3. Por asunción de tareas o responsabilidad adicional y participación en programas especiales.

4. Por razón de servicio.

– Ámbito de aplicación. Personal fijo o temporal que ocupa una plaza de una categoría básica.

– Cantidades a percibir en las categorías básicas. Oscilan entre los 2.063,42 euros anuales del facultativo especialista de área (FEA) y los 212,40 del celador, lo que supone una relación 9,71/1.

#### **Aragón**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD, al que se ha hecho referencia.

– Ámbito de aplicación. Atención Primaria y 061: todos los trabajadores que se adhieran al pacto de objetivos que el Coordinador establezca con la gerencia correspondiente siempre que hayan trabajado un mínimo de tres meses en el Centro de Gestión correspondiente y faciliten la información necesaria para el procedimiento de verificación y evaluación. Se considera también a los Refuerzos siempre que hayan trabajado tres meses o 390 horas. No se considera al personal de cupo y zona.

– Atención especializada. Las mismas condiciones que en el caso anterior pero no incluye a refuerzos o personal nombrado exclusivamente para la realización de guardias.

– Cantidades a percibir en las categorías básicas. Las cuantías medias oscilan entre 555,26 euros anuales del facultativo especialista de área (FEA) y los 70,03 del celador, lo que supone una relación 7,14/1 estando las cuantías máximas entre 2776,30 y 350,16 euros. En Atención Primaria las cuantías medias oscilan entre 973,7 euros para el grupo A y 324,6 euros para el grupo E lo que representa una relación de 3/1.

## **Asturias**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

– Ámbito de aplicación. Todo el personal, con independencia de la modalidad de nombramiento bajo la que presten sus servicios, incluyendo a los profesionales con vinculación temporal superior a tres meses; incluye, pues, al personal del modelo de cupo y a MAEQUIS, teniendo en cuenta si trabajan a tiempo completo, adecuando la cantidad a percibir al tiempo y jornada de trabajo. En Atención Primaria se tendrá en cuenta al personal de refuerzo estable.

Se articula a través de un pacto de mesa sectorial y se controla su aplicación a través de comisiones de seguimiento, central a nivel del SESPA y por cada centro de gestión, tanto de Atención Primaria como de especializada, participadas paritariamente por Administración y Organizaciones Sindicales firmantes del pacto sobre incentivos.

– Cantidades a percibir por las categorías básicas. Oscilan entre 2.070,18 euros anuales el facultativo especialista de área (FEA) y 261,10 euros el celador, sin objetivos adicionales, lo que supone una relación 7,14/1 y entre 2.429,73 euros y 358,83 euros respectivamente, con objetivos adicionales, lo que supone una relación 6,1/1. En Atención Primaria oscila

entre 917,42 euros para el grupo A y 305,72 euros para el grupo E, sin objetivos adicionales, y entre 1076,77 euros y 358,83 euros respectivamente, con objetivos adicionales, lo que representa en ambos casos una relación 3/1.

– Cantidades presupuestadas. Según el apartado sexto “conceptos variables” del acuerdo de julio de 2002, la masa salarial correspondiente al ejercicio 2004, en concepto de incentivos asciende a 8.006.315,72 euros, global, 1.627.714,87 para Atención Primaria y 6.333.600,85 para atención especializada, cantidades que se incrementan en 290.550 y 1.100.000 euros, respectivamente, siempre que se logren unos objetivos de mejora, diferentes para cada nivel pero haciendo especial hincapié en la disminución del absentismo.

## **Baleares**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

## **Canarias**

Se está negociando el año 2004.

## **Cantabria**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

## **Castilla la Mancha**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

## Castilla y León

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD, introduciendo cambios por consolidación de cantidades en 2004 y homologación entre los diferentes niveles asistenciales con perspectiva 2005.

– **Ámbito de aplicación.** Por acuerdo marco de mesa sectorial suscrito el 11 de octubre de 2002 se establece que “la parte de productividad variable que, con efectos de 1 de enero de 2004, se transformará en fija, previa su negociación durante el año 2003, no será inferior al 40 % para cada categoría profesional”, lo que da lugar al Pacto de 22 de abril de 2004, firmado por Administración y CEMSATSE exclusivamente. Su ámbito de aplicación es a todo el personal de categorías básicas, desde jefe de departamento, de atención especializada, Atención Primaria, emergencias sanitarias y personal de cupo de atención especializada, con independencia del tipo de nombramiento (vinculación jurídica y temporalidad o fijeza) y con una vigencia de dos años, 2004 y 2005.

Con efectos del 1 de febrero de 2004 se procede a la transformación de la productividad variable correspondiente al año 2004 en fija, de acuerdo con los siguientes porcentajes y tomando como referencia las cuantías medias asignadas

por este concepto a cada grupo de clasificación y su ámbito respectivo:

– Atención Primaria: grupo A 63 %, grupo B 80 %, grupos C, D y E 100 %.

– Atención especializada: grupo A 45 %, grupo B 65 %, grupos C, D y E 100 %.

– Emergencias sanitarias: grupo A 63 %, grupo B 62 %, grupo D 100 %.

La transformación del 100 % de la productividad variable en fija para los grupos C, D y E supone que a partir del 1 de enero de 2004 no será de aplicación a estos grupos de clasificación la productividad variable por cumplimiento de objetivos, sin perjuicio de la que pudiera aplicarse a determinados puestos por el desempeño de jefaturas.

La futura productividad variable será exclusivamente de aplicación a los grupos A y B en tanto en cuanto la transformación de la productividad variable no alcanza el 100 % y se asignará en función del grado de cumplimiento de los objetivos pactados entre las gerencias de cada centro de gestión y sus respectivos servicios o unidades, en el correspondiente pacto de objetivos que sigue, en líneas generales, los criterios establecidos para los contratos de gestión por el INSALUD. No se establecen diferencias entre grupos sanitarios y no sanitarios, pero sí entre los tres diferentes niveles

asistenciales, siendo de menor a mayor: AP, emergencias y atención especializada, con un arco de variación de 1 a 3,4 para grupo A y 1 a 2,3 para grupo B.

En el año 2005 se procederá a la equiparación de las cantidades a percibir, por grupo de clasificación, entre los tres niveles asistenciales, que pasarán a ser idénticas, si bien, su percepción estará condicionada a la consecución de los objetivos fijados mediante pacto.

La comisión de seguimiento estará constituida por la Administración y las organizaciones sindicales firmantes que, en este caso, es únicamente CEMSATSE.

### **Cataluña**

En esta comunidad coexisten dos conceptos variables basados en la consecución de objetivos o adquisición de niveles de competencia profesional: la incentivar variable y la carrera profesional, ambos de aplicación exclusiva a facultativos y grupo B sanitario.

La incentivar variable integra objetivos individuales y grupales con la finalidad de fomentar el trabajo en equipo. Los objetivos fijados han de estar vinculados a la cultura de la organización, de manera que se ha de incidir en aquellos procesos y resultados que premien actividades designadas por la organización. Han de representar un reto pero alcan-

zable y deben ser mensurables con indicadores objetivos.

El establecimiento de los objetivos se hará mediante propuesta por parte del jefe de servicio o director del equipo de AP, a partir de unos criterios y directrices previamente fijados. Posteriormente, el director gerente del hospital o gerente del ámbito de Atención Primaria la aprobarán si es coherente con los objetivos generales del ICS y del centro o ámbito.

### **Extremadura**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD pero introduce cambios en cuanto a cantidades, primando manifiestamente al grupo A y, en particular, al facultativo.

– Ámbito de aplicación. Personal estatutario que haya firmado el pacto de objetivos y trabajado un mínimo de cuatro meses o 520 horas, con independencia del tipo de nombramiento. También incluye al personal funcionario.

– Cantidades a percibir. En AP oscila desde 880,65 para grupo A de promedio hasta 293,58 para grupo E, lo que representa una ratio de 3/1.

En atención especializada hay una gran diferencia entre grupos A y B sanitarios y no sanitarios, igualándose en C y D: para el personal sanitario grupo A 6.000 y

grupo B 1.382, mientras que para el no sanitario el grupo A 3.000 y el grupo B 850.

Ello representa una ratio de 9/1 en personal sanitario y de 5,5/1 en no sanitario.

### **INGESA**

Ceuta, Melilla y Centro Nacional de Dosimetría, mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

### **Galicia**

– Ámbito de aplicación. Solamente grupos A y enfermera de AP (grupo B).

– Cantidades a percibir. Grupo A no sanitario atención especializada/AP 2.404,05 euros/año, facultativo atención especializada 3.005,06 y facultativo AP 137,94/mes + 1.200/año (farmacia).

Enfermera AP: 68,97 euros/mes (827,64 euros/año), en concepto de calidad + 330 euros/año, en concepto de desplazamientos, lo que supone un total de 1.157,64 euros/año.

### **La Rioja**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

### **Madrid**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

### **Murcia**

Mantiene la continuidad con el modelo implantado en el INSALUD.

– Ámbito de aplicación. Todos los trabajadores de AP, atención especializada, unidades del 061, salud mental y programa integral de atención a la mujer (PIAM), con independencia del tipo de vinculación jurídica y de la fijeza o temporalidad del nombramiento siempre y cuando se haya trabajado un mínimo de 4 meses al año (o su equivalente en horas).

La comisión regional de seguimiento y las comisiones locales tendrán participación sindical en los términos de la mesa sectorial, con excepción de la comisión local en atención especializada que estará formada por la comisión mixta compuesta paritariamente por la dirección y los facultativos miembros de la junta técnico-asistencial del hospital.

Merece especial mención, por su singularidad, el acuerdo de mesa sectorial de Murcia, de 20 de mayo de 2004, sobre diferentes aspectos relacionados con la sustitución del personal facultativo y las matronas que prestan servicios en Atención Primaria, que posibilita la percepción de retribuciones específicamente por asumir la carga de trabajo de otro cupo, del mismo o distinto tramo horario, cuando no existen efectivos en la Bolsa de trabajo. Se utiliza el comple-

	Facultativo	Sanitario	No sanitario
Jefe departamento/servicio/coordinación	444.000		444.000
Jefe sección/unidad	428.000		428.000
Grupo A	400.000		400.000
Supervisora de área		195.000	
Superv. unidad/enfermera jefe		180.000	
Grupo B		128.000	
Jefe de grupo			105.000
Jefe de equipo			98.000
Grupo C		82.000	82.000
Grupo D		63.000	63.000
Grupo E			56.000
Cupo	120.000		

**Tabla 1.** Cantidades a percibir (en pesetas) en atención especializada.

mento de productividad, tanto fija como variable, para introducir esta modalidad retributiva.

### Navarra

No cuentan con incentivación variable en función de objetivos.

### País Valenciano

Se está negociando el año 2004. No se conocen cantidades presupuestadas ni cantidades medias por grupo o categoría profesional.

### País Vasco

No cuentan con incentivación variable en función de objetivos.

### Insalud 2001

– Ámbito de aplicación. Todo el personal, tanto fijo, como interino o eventual que haya trabajado un mínimo de tres meses, estableciendo la correspondiente proporcionalidad, con independencia de si es estatutario, funcionario o laboral. Asimismo incluye al personal de cupo y zona, al personal facultativo con plaza vinculada y al personal de los centros administrados. En AP se exige la adhesión al pacto de objetivos que el coordinador de la unidad establezca con la gerencia correspondiente.

– Cantidades a percibir (en pesetas) en atención especializada (tabla 1). Se percibe un anticipo “a cuenta” del 20 %



en el mes de septiembre del año que se valora y el resto en el siguiente año.

La relación Atención Primaria/especializada es de 7,14/1.

En Atención Primaria: grupo A 155.718, grupo B 96.545, grupo C 66.959, grupo D 56.059 y grupo E 51.906. Estas cantidades podían ascender hasta una cuantía máxima de 4,64 veces puesto que no todas las gerencias ni todo el personal de cada gerencia accedía a incentivos. La retribución se percibe en el primer semestre del año siguiente. La relación A/E es de 3/1.

– Cantidades presupuestadas. Atención especializada: 7.304.000.000, y Atención Primaria: 3.805.000.000 pesetas

### **Repercusión de la retribución variable en el conjunto de las retribuciones percibidas**

---

Dado el diferente peso que adquiere en el sueldo la incentivación variable y la carrera profesional en aquellas categorías en las que son posibles ambas circunstancias, como es el caso de facultativos en Cataluña, la diferencia entre el sueldo de partida y el que se percibe en el último nivel de carrera profesional es muy significativa. No ocurre lo mismo en el caso de Navarra y Canarias, en las que ambas circunstancias no coexisten. En

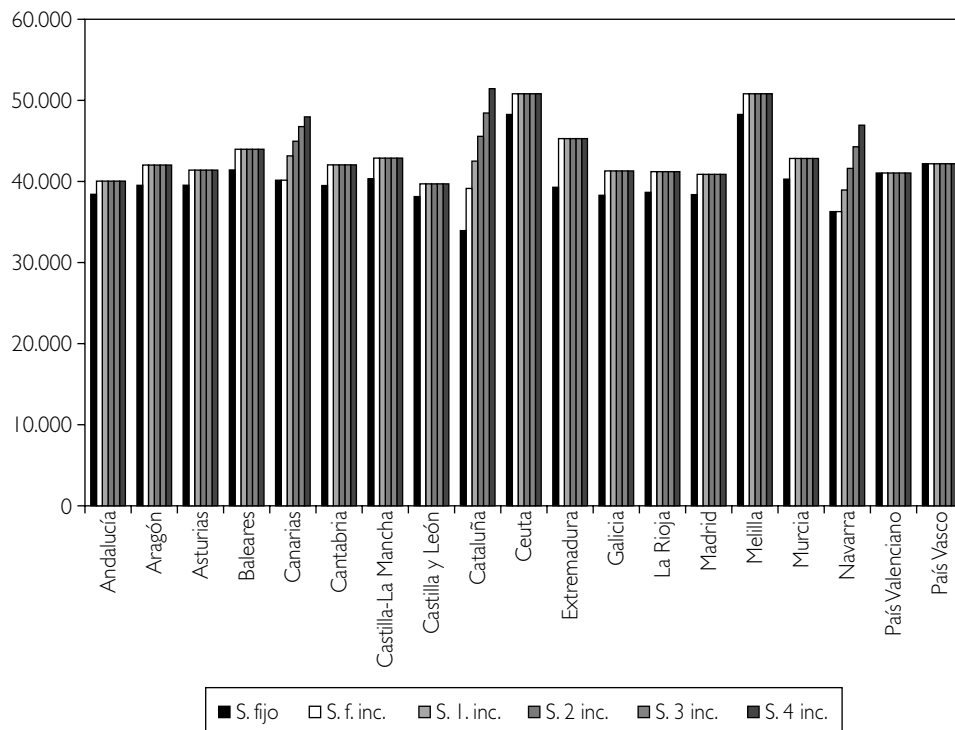
Canarias concretamente la incentivación variable de facultativos se suprime a partir de la fecha de aplicación de la carrera profesional.

Otra cuestión a considerar sobre la que aún no contamos con datos es el peso real que estos conceptos tienen con respecto a la partida presupuestaria de masa salarial. O, dicho de otro modo, es importante saber el número preciso de beneficiados por el mencionado incentivo para conocer el peso real de éste en las retribuciones del colectivo de esta categoría profesional.

Para las distintas categorías profesionales-tipo podemos destacar lo siguiente:

I. Facultativo especialista de área (grupo A). Considerando la variación que introduce la carrera profesional, se observa que (fig. 1, tabla 2):

– Cataluña, que parte de la última posición entre las distintas CCAA en cuanto a sueldo fijo, con los 4 niveles de carrera profesional se situaría en el puesto 15 (las retribuciones se ordenan de forma ascendente), por detrás de Navarra, Canarias y Ceuta y Melilla (estas tres últimas con percepción de plus de residencia), con un incremento del 36,24% con respecto al sueldo inicial. Si se tiene en cuenta tanto la incentivación como la carrera profesional en su último tramo, consigue la posición más destacada con



**Figura 1.** FEA. Sueldo variable.

un 51,56% de incremento sobre el sueldo de partida.

– Navarra parte de la posición penúltima (2, en el orden de la tabla 2) y no cuenta con incentivación variable, pero se coloca en la posición 16 (de las 19 posibles, consideradas de menor a mayor), si atendemos exclusivamente a la aplicación de la carrera profesional, y en la posición 15, si atendemos a carrera profesional e incentivación conjuntamente,

representando el último tramo de carrera profesional un incremento del 29,38% sobre el sueldo inicial.

– Canarias, Gran Canaria y Tenerife parten de la posición número 12 y se sitúa en la 17 con el cuarto nivel de carrera profesional, solamente detrás de Ceuta y Melilla que cuentan con un significativo plus de residencia, incrementando en un 19,46 el sueldo de partida, y en el puesto 16 si consideramos carrera

Orden	Autonomía	Puesto de trabajo	Grupo	Nivel	S. fijo	S. f. inc.	S. I inc.	S. 2 inc.	S. 3 inc.	S. 4 inc.	% incr. máx.
1	Castilla y León	Médico FEA	A	24	38.135,10	39.705,37	39.705,37	39.705,37	39.705,37	39.705,37	4,12
2	Andalucía	Médico FEA	A	24	38.415,57	40.041,67	40.041,67	40.041,67	40.041,67	40.041,67	4,23
3	Madrid	Médico FEA	A	24	38.375,12	40.876,29	40.876,29	40.876,29	40.876,29	40.876,29	6,52
4	País Valenciano	Médico FEA	A	24	41.042,80	41.042,80	41.042,80	41.042,80	41.042,80	41.042,80	0,00
5	La Rioja	Médico FEA	A	24	38.656,82	41.208,01	41.208,01	41.208,01	41.208,01	41.208,01	6,60
6	Galicia	Médico FEA	A	24	38.294,25	41.299,31	41.299,31	41.299,31	41.299,31	41.299,31	7,85
7	Asturias	Médico FEA	A	24	39.535,58	41.400,61	41.400,61	41.400,61	41.400,61	41.400,61	4,72
8	Aragón	Médico FEA	A	24	39.524,31	42.025,46	42.025,46	42.025,46	42.025,46	42.025,46	6,33
9	Cantabria	Médico FEA	A	24	39.496,26	42.047,45	42.047,45	42.047,45	42.047,45	42.047,45	6,46
10	País Vasco	Médico FEA	A	24	42.180,28	42.180,28	42.180,28	42.180,28	42.180,28	42.180,28	0,00
11	Murcia	Médico FEA	A	24	40.283,02	42.834,21	42.834,21	42.834,21	42.834,21	42.834,21	6,33
12	Castilla la Mancha	Médico FEA	A	24	40.327,10	42.878,29	42.878,29	42.878,29	42.878,29	42.878,29	6,33
13	Baleares	Médico FEA	A	24	41.419,35	43.970,54	43.970,54	43.970,54	43.970,54	43.970,54	6,16
14	Extremadura	Médico FEA	A	24	39.283,66	45.283,66	45.283,66	45.283,66	45.283,66	45.283,66	15,27
15	Navarra	Médico FEA	A	24	36.280,96	36.280,96	38.945,58	41.610,20	44.274,82	46.939,44	29,38
16	Canarias	Médico FEA	A	24	40.153,31	40.153,31	43.158,31	44.961,31	46.764,31	47.966,31	19,46
17	Ceuta	Médico FEA	A	24	48.262,16	50.813,35	50.813,35	50.813,35	50.813,35	50.813,35	5,29
18	Melilla	Médico FEA	A	24	48.262,16	50.813,35	50.813,35	50.813,35	50.813,35	50.813,35	5,29
19	Cataluña	Médico FEA	A	24	33.939,05	39.139,05	42.505,05	45.565,05	48.439,05	51.439,05	51,56
Media					40.098,26	42.315,47	42.791,03	43.187,22	43.573,62	43.935,03	
Máximo					48.262,16	50.813,35	50.813,35	50.813,35	50.813,35	51.439,05	
Mínimo					33.939,05	36.280,96	38.945,58	39.705,37	39.705,37	39.705,37	
Intervalo máxi.-mín.					14.323,11	14.532,39	11.867,77	11.107,98	11.107,98	11.733,68	

Sueldo con niveles de carrera profesional e incentivación.

**Tabla 2.** Médico adjunto FEA (dedicación exclusiva)

profesional e incentivación ya que Cataluña se sitúa por delante.

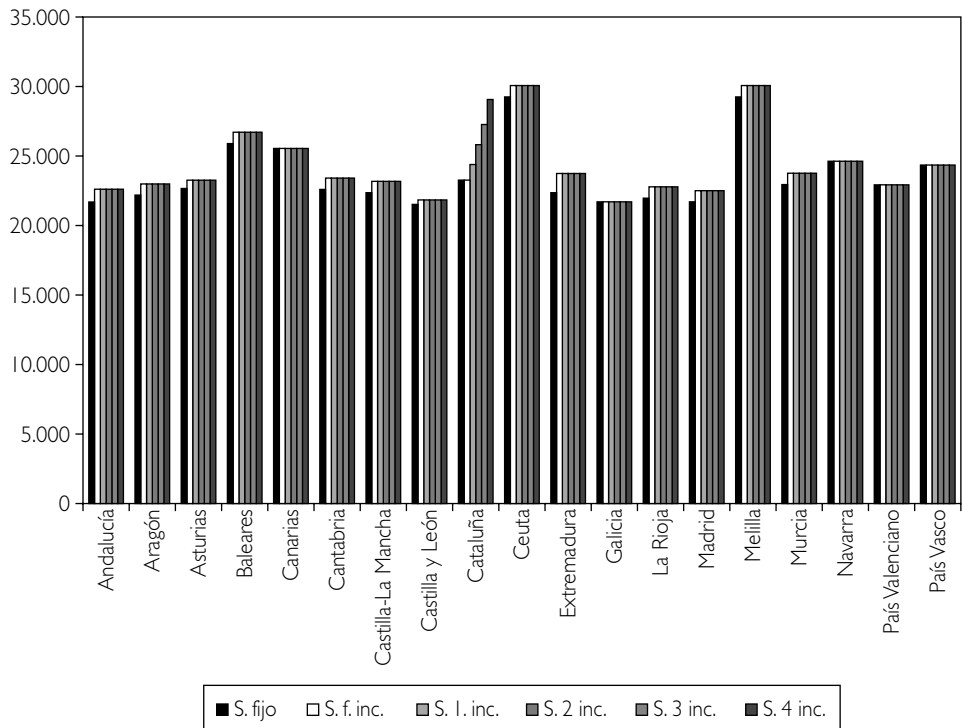
En los casos de Cataluña y Navarra el arco de variación del poder adquisitivo es muy significativo, si bien desconocemos el número o porcentaje de profesionales a los que les está siendo aplicada la percepción por este concepto en la actualidad, por lo que es difícil concluir si estamos ante un incentivo real y asumido o ante una falacia.

Las restantes comunidades cuentan con incentivación por productividad, con excepción de País Vasco y Navarra, a las que se añade Canarias por haber subsumido su partida presupuestaria en la de la carrera profesional para esta categoría. El arco de variación del incremento por productividad variable oscila entre 4,12 % en Castilla y León y 15,27 % en Extremadura, lo que implica un giro en la política de incentivación con respecto al INSALUD que oscilaba alrededor del 5 %.

La aplicación de incentivación y carrera profesional conjuntamente conduce a una variación en el orden de las comunidades en cuanto a retribuciones, en perjuicio de las que no cuentan con incentivación ni carrera profesional, como es el caso del País Vasco, o de carrera profesional, como País Valenciano, Castilla la Mancha y Murcia, que están por encima

de la media en cuanto a sueldos fijos, y en beneficio de las que cuentan con carrera profesional que, como Cataluña y Navarra parten de las últimas posiciones y se colocan por encima de la media. Ceuta y Melilla suponen dos excepciones por el incremento sobre el sueldo que representa el Plus de residencia. Extremadura también es digna de destacar porque partiendo de la posición 8, por debajo de la media que está por encima de la posición 11, se coloque en el puesto 14 (de 19) al considerar el conjunto de retribuciones con incentivación y último nivel de carrera profesional, por encima incluso de Baleares, que cuenta con Plus de residencia y solamente por detrás de Cataluña, Ceuta y Melilla, Canarias y Navarra, con el peso de la carrera profesional o el plus de residencia.

**2. Enfermera de hospitalización (grupo B)** (fig. 2, tabla 3). En la actualidad la carrera profesional solamente se aplica en Cataluña, lo que representa un incremento del 24,93 % en el último tramo de carrera profesional frente a un 29,38 para los facultativos especialistas, y estos llegan a un incremento del 51,56 % si se suma la incentivación por productividad, complemento con el que no cuentan las enfermeras. Considerando este último nivel de desarrollo, Cataluña ocuparía el segundo lugar en retribuciones, sola-



**Figura 2.** Enfermera hospitalización sueldo variable.

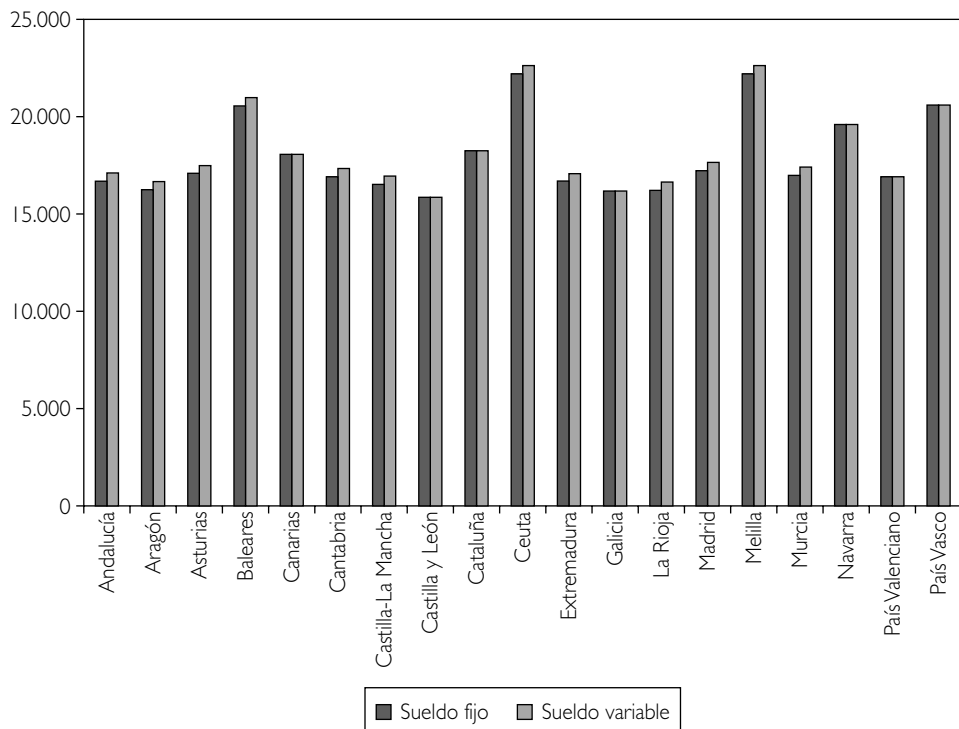
mente por detrás de Ceuta y Melilla, que cuentan con el plus de residencia, cuando parte de la posición 13, justamente por debajo de la media y por detrás de las comunidades con plus de residencia (Ceuta, Melilla, Canarias tanto archipiélago como grandes islas y Baleares), con carrera profesional (Canarias y Navarra) y País Vasco. Las enfermeras no perciben incentivación por productividad en Cataluña.

En el resto de las Comunidades solamente se percibe incentivación por productividad, con incrementos sobre el sueldo que oscilan desde 1,49% en Castilla y León a 6,18 en Extremadura, si bien, algunas comunidades como Galicia, País Vasco o Navarra no cuentan con este incentivo. De algunas otras, como Canarias o País Valenciano, no contamos con información precisa. Extremadura vuelve a destacar, aunque en menor me-

Orden	Autonomía	Puesto de trabajo	Grupo	Nivel	S. fijo	S. f. inc.	S. I inc.	S. 2 inc.	S. 3 inc.	S. 4 inc.	% incr. máx.
1	Galicia	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	21.704,95	21.704,95	21.704,95	21.704,95	21.704,95	21.704,95	0,00
2	Castilla y León	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	21.519,49	21.840,71	21.840,71	21.840,71	21.840,71	21.840,71	1,49
3	Madrid	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	21.705,73	22.506,11	22.506,11	22.506,11	22.506,11	22.506,11	3,69
4	Andalucía	Enfermera/DUE	B	2I	21.692,18	22.611,28	22.611,28	22.611,28	22.611,28	22.611,28	4,24
5	La Rioja	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	21.967,82	22.784,20	22.784,20	22.784,20	22.784,20	22.784,20	3,72
6	País Valenciano	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.927,46	22.927,46	22.927,46	22.927,46	22.927,46	22.927,46	0,00
7	Aragón	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.190,25	22.990,65	22.990,65	22.990,65	22.990,65	22.990,65	3,61
8	Castilla la Mancha	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.361,53	23.177,91	23.177,91	23.177,91	23.177,91	23.177,91	3,65
9	Asturias	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.664,77	23.261,58	23.261,58	23.261,58	23.261,58	23.261,58	2,63
10	Cantabria	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.596,81	23.413,19	23.413,19	23.413,19	23.413,19	23.413,19	3,61
11	Extremadura	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.360,78	23.742,78	23.742,78	23.742,78	23.742,78	23.742,78	6,18
12	Murcia	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	22.946,18	23.762,56	23.762,56	23.762,56	23.762,56	23.762,56	3,56
13	País Vasco	Enfermera/DUE	B	2I	24.350,32	24.350,32	24.350,32	24.350,32	24.350,32	24.350,32	0,00
14	Navarra	Enfermera/DUE AE	B	2I	24.624,16	24.624,16	24.624,16	24.624,16	24.624,16	24.624,16	0,00
15	Canarias	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	25.544,39	25.544,39	25.544,39	25.544,39	25.544,39	25.544,39	0,00
16	Baleares	Enfermera/DUE AE	B	2I	25.895,49	26.711,87	26.711,87	26.711,87	26.711,87	26.711,87	3,15
17	Cataluña	Enfermera/DUE Hosp. N3	B	2I	23.266,43	23.266,43	24.388,55	25.816,55	27.266,43	29.066,43	24,93
18	Ceuta	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	29.252,49	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	2,79
19	Melilla	Enfermera/DUE Hosp.	B	2I	29.252,49	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	2,79
Media					23.622,30	24.176,75	24.235,81	24.310,97	24.387,28	24.482,02	
Máximo					29.252,49	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	30.068,87	
Mínimo					21.519,49	21.704,95	21.704,95	21.704,95	21.704,95	21.704,95	
Intervalo máxi.-mín.					7.733,00	8.363,92	8.363,92	8.363,92	8.363,92	8.363,92	

Sueldo con niveles de carrera profesional e incentivación. AE: atención especializada; DUE: diplomado universitario en enfermería.

**Tabla 3.** Enfermera hospitalización



**Figura 3.** Técnico especialista (sueldo variable).

dida que en facultativos, porque la herencia del INSALUD estaba por debajo de un 4 % de promedio.

**3. Técnico especialista (grupo C)** (fig. 3, tabla 4) esta categoría profesional, al igual que su grupo, no cuenta con carrera profesional entre el personal con vinculación estatutaria pero sí con incentiva- ción variable en más de la mitad de las autonomías. El incremento sobre el suel- do oscila entre un 1,92 % en Ceuta y Meli-

lla, con sueldos superiores al resto debi- do al Plus de Residencia, y 2,63 % en La Rioja pero, en conjunto, no supone una va- riación importante en el orden por nivel de retribuciones, con excepción del País Valenciano que pasa del noveno lugar con respecto al sueldo al quinto, siempre por debajo de la media, que se sitúa por en- cima del puesto 12 y 13 respectivamente.

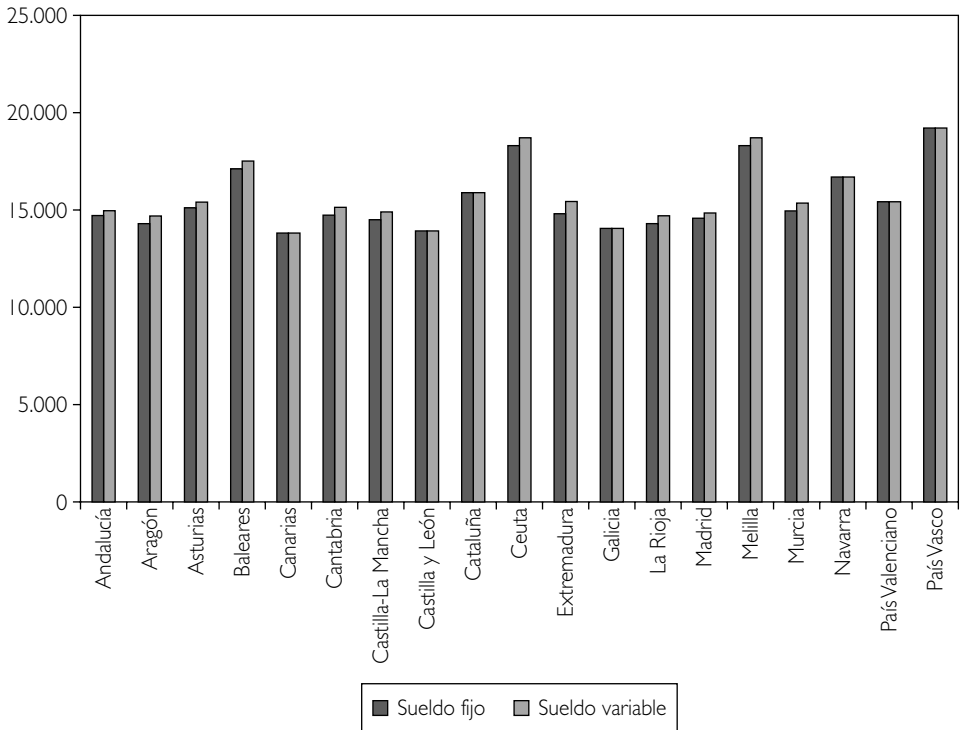
**4. Auxiliar de enfermería de hospi- talización (grupo D):** fig. 4 y tabla 5) esta

Orden	Autonomía	Puesto de trabajo	Grupo	Nivel	Inct. var.	Sueldo fijo	Sueldo variable	% incr. máx
1	Castilla y León	Técnico especialista AP	C	17	0,00	15.857,17	15.857,17	0,00
2	Galicia	Técnico especialista	C	17	0,00	16.178,72	16.178,72	0,00
3	La Rioja	Técnico especialista AP	C	17	427,06	16.213,28	16.640,34	2,63
4	Aragón	Técnico especialista AP	C	17	418,70	16.245,98	16.664,68	2,58
5	País Valenciano	Técnico especialista	C	17	0,00	16.911,50	16.911,50	0,00
6	Castilla la Mancha	Técnico especialista AP	C	17	427,06	16.520,17	16.947,23	2,59
7	Extremadura	Técnico especialista AP	C	17	378,70	16.692,46	17.071,16	2,27
8	Andalucía	Técnico especialista	C	17	424,20	16.683,78	17.107,98	2,54
9	Cantabria	Técnico especialista AP	C	17	427,06	16.910,24	17.337,30	2,53
10	Murcia	Técnico especialista AP	C	17	427,06	16.982,94	17.410,00	2,51
11	Asturias	Técnico especialista AP	C	17	394,54	17.091,13	17.485,66	2,31
12	Madrid	Técnico especialista AP	C	17	427,06	17.222,96	17.650,02	2,48
13	Canarias	Técnico especialista AP	C	17	0,00	18.063,67	18.063,67	0,00
14	Cataluña	Técnico especialista AP	C	17	0,00	18.247,64	18.247,64	0,00
15	Navarra	Técnico especialista AP	C	0	0,00	19.597,64	19.597,64	0,00
16	País Vasco	Técnico especialista	C	17	0,00	20.596,63	20.596,63	0,00
17	Baleares	Técnico especialista AP	C	17	427,06	20.552,36	20.979,42	2,08
18	Ceuta	Técnico especialista AP	C	17	427,06	22.198,18	22.625,24	1,92
19	Melilla	Técnico especialista AP	C	17	427,06	22.198,18	22.625,24	1,92
Media						17.945,51	18.210,38	
Máximo						22.198,18	22.625,24	
Mínimo						15.857,17	15.857,17	
Intervalo máx.-mín.						6.341,01	6.768,07	

Orden ascendente retribuciones. AP: Atención Primaria.

**Tabla 4.** Técnico especialista





**Figura 4.** Auxiliar de enfermería hospitalización. Sueldo variable.

categoría profesional, al igual que su grupo, no cuenta con carrera profesional entre el personal con vinculación estatutaria pero sí con incentivación variable en más de la mitad de las autonomías. El incremento sobre el sueldo oscila entre un 1,68 % en Andalucía y un 4,26 % en Extremadura lo que no representa gran variación en el orden del nivel de retribuciones por sueldo fijo o sueldo variable salvo para Extremadura que asciende

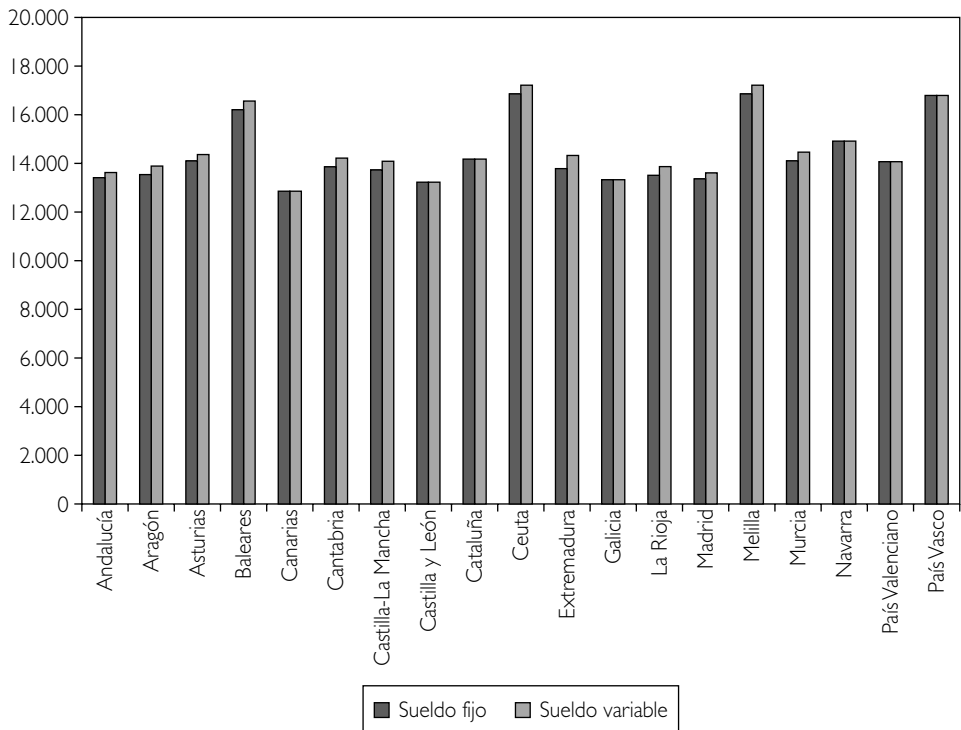
de la posición 10 a la 13. Tanto en sueldo fijo como variable permanecen por encima de la media las mismas comunidades que, por orden creciente son: Cataluña, Navarra, Baleares, Ceuta y Melilla, y el País Vasco.

**5.** Celador con atención directa al paciente (grupo E) (fig. 5, tabla 6). Esta categoría profesional, al igual que su grupo, no cuenta con carrera profesional entre el personal con vinculación estatutaria,

Orden	Autonomía	Puesto de trabajo	Grupo	Nivel	Inct. var.	Sueldo fijo	Sueldo variable	% incr. máx
1	Canarias	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	0,00	13.814,89	13.814,89	0,00
2	Castilla y León	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	0,00	13.923,98	13.923,98	0,00
3	Galicia	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	0,00	14.053,83	14.053,83	0,00
4	Aragón	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	393,95	14.297,88	14.691,83	2,76
5	La Rioja	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	14.299,54	14.701,35	2,81
6	Madrid	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	268,85	14.576,42	14.845,27	1,84
7	Castilla la Mancha	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	14.498,17	14.899,98	2,77
8	Andalucía	Auxiliar enfermería	D	15	247,46	14.714,82	14.962,28	1,68
9	Cantabria	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	14.734,58	15.136,40	2,73
10	Murcia	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	14.952,38	15.354,19	2,69
11	Asturias	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	293,74	15.110,41	15.404,15	1,94
12	País Valenciano	Auxiliar enfermería hospitalización	D	16	0,00	15.421,92	15.421,92	0,00
13	Extremadura	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	630,00	14.806,10	15.436,10	4,26
14	Cataluña	Auxiliar enfermería hospitalización/ servicios centrales N3	D	15	0,00	15.889,64	15.889,64	0,00
15	Navarra	Auxiliar enfermería AE	D	0	0,00	16.694,18	16.694,18	0,00
16	Baleares	Auxiliar enfermería AE	D	15	401,81	17.112,22	17.514,04	2,35
17	Ceuta	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	18.307,10	18.708,91	2,19
18	Melilla	Auxiliar enfermería hospitalización	D	15	401,81	18.307,10	18.708,91	2,19
19	País Vasco	Auxiliar enfermería	D	15	0,00	19.211,29	19.211,29	0,00
Media						15.511,92	15.756,48	
Máximo						19.211,29	19.211,29	
Mínimo						13.814,89	13.814,89	
Intervalo máxi.-mín.						5.396,40	5.396,40	

Orden ascendente retribuciones. AE: atención especializada.

**Tabla 5.** Axiliar de enfermería hospitalización



**Figura 5.** Celador de atención directa al enfermo (sueldo variable).

pero sí con incentivación variable en más de la mitad de las Autonomías. El incremento sobre el sueldo oscila entre un 1,58 % en Andalucía y un 3,92 % en Extremadura, lo que representa para esta Comunidad la ventaja de pasar de la posición 9 a la 12, aunque por debajo de la media. Permanecen por encima de la media las mismas comunidades que, en orden creciente son Navarra, Baleares, País Vasco, Ceuta y Melilla.

## Conclusiones

En la política de recursos humanos la retribución variable supone un instrumento más, encaminado, presumiblemente, a la motivación de los profesionales y a la estimulación de los mismos en pro de un mayor rendimiento y un logro de mejores niveles de calidad en el producto de su trabajo, la asistencia sanitaria, a través del mantenimiento e incremento del

Orden	Autonomía	Puesto de trabajo	Grupo	Nivel	Inct. var.	Sueldo fijo	Sueldo variable	% incr. máx
1	Canarias	Celador (ADE) AE	E	14	0,00	12.856,72	12.856,72	0,00
2	Castilla y León	Celador (ADE) AE	E	14	0,00	13.227,44	13.227,44	0,00
3	Galicia	Celador (ADE)	E	13	0,00	13.327,79	13.327,79	0,00
4	Madrid	Celador (ADE) AE	E	14	243,85	13.364,50	13.608,35	1,82
5	Andalucía	Celador AE	E	13	212,40	13.411,90	13.624,30	1,58
6	La Rioja	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	13.510,59	13.867,76	2,64
7	Aragón	Celador (ADE) AE	E	14	350,15	13.539,75	13.889,90	2,59
8	País Valenciano	Celador (ADE)	E	14	0,00	14.069,36	14.069,36	0,00
9	Castilla la Mancha	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	13.730,38	14.087,55	2,60
10	Cataluña	Celador (ADE)	E	13	0,00	14.176,56	14.176,56	0,00
11	Cantabria	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	13.860,06	14.217,23	2,58
12	Extremadura	Celador (ADE) AE	E	14	541,00	13.784,91	14.325,91	3,92
13	Asturias	Celador (ADE) AE	E	14	261,10	14.102,46	14.363,56	1,85
14	Murcia	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	14.104,86	14.462,03	2,53
15	Navarra	Celador	E	0	0,00	14.915,86	14.915,86	0,00
16	Baleares	Celador	E	14	357,17	16.205,29	16.562,46	2,20
17	País Vasco	Celador polivalente	E	14	0,00	16.792,79	16.792,79	0,00
18	Ceuta	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	16.857,10	17.214,27	2,12
19	Melilla	Celador (ADE) AE	E	14	357,17	16.857,10	17.214,27	2,12
Media						14.352,39	14.568,64	
Máximo						16.857,10	17.214,27	
Mínimo						12.856,72	12.856,72	
Intervalo máx.-mín.						4.000,38	4.357,55	

Orden ascendente retribuciones. AE: atención especializada.

**Tabla 6.** Celador de atención directa al enfermo (ADE)

nivel de competencia y dedicación profesionales.

En la política de incentivación para el global de grupos profesionales se observa una marcada tendencia a incentivar a grupos A, fundamentalmente, y B. El grupo A cuenta con desarrollo de carrera profesional en tres comunidades, lo que representa incrementos notables de salario a lo largo de la vida profesional. En Cataluña, además, se suma la incentivación. Algunas comunidades, como Navarra y País Vasco, no contemplan incentivación para ningún grupo profesional. Del País Valenciano no conocemos cantidades medias, lo que justifica no haberlas incluido. Canarias ha optado por suprimir la incentivación en el grupo A, al incorporar la carrera profesional, aunque tampoco se conocen las cantidades medias por incentivación para el resto de los grupos. Cataluña solamente contempla incentivación para grupo A y Galicia incluye a la enfermera de Primaria pero no a la de especializada.

Los grupos C, D y E reciben una retribución por incentivación que puede etiquetarse de discreta en términos de peso retributivo. Un número significativo de comunidades no contempla incentivación alguna para dichos grupos. Éstas son: las ya mencionadas Navarra y País Vasco, además de Cataluña, Galicia, País Valenciano y Castilla y León, que ha con-

solidado en retribución fija la cantidad heredada del INSALUD y ha suprimido la incentivación desde 2004 en estos grupos. No disponemos de las cantidades medias de Canarias.

Este estudio, creemos, muestra las tendencias de la política de recursos humanos en los distintos servicios de salud que conforman el SNS, en el aspecto de introducir un porcentaje variable de sueldo que esté supeditado a la consecución de objetivos o méritos. Sin embargo, en la actualidad, nos es imposible aportar los datos del número o porcentaje de profesionales que se beneficia de esta incentivación porque carecemos de ellos, por lo que no podemos pronunciarnos sobre el efecto de mejora introducido en las retribuciones. Es de todo punto necesario conocer el alcance de la incentivación por grupos de clasificación o colectivos a los que se les asigne, en términos de partida presupuestaria y porcentaje que representa con respecto a la de la masa salarial, así como el número de profesionales por grupo de clasificación beneficiado y el porcentaje que representa con respecto al total en cada Comunidad. Solamente así podremos evidenciar si el planteamiento de incentivación supone una meta alcanzable o permanece como un reclamo propagandístico, más teórico que real.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

- Acuerdo de Mesa Sectorial de 2 de junio de 2003, sobre Modelo de Carrera Profesional del Personal Facultativo del Servicio Canario de Salud.
- Acuerdo de Mesa Sectorial de 30 de diciembre de 2002 e Instrucciones para la confección de nóminas, del Instituto Catalán de la Salud, Resolución de 15 de mayo de la Generalidad de Cataluña, publicado en DOGC n.º 3972, de 22.09.2003.
- Acuerdo de Mesa Sectorial de 5 de mayo de 2004 sobre Productividad Variable para el período 2004-2006.
- Acuerdo de Mesa Sectorial de INSALUD de 16 de abril de 1997 sobre reparto de Productividad Variable para facultativos de Atención Especializada e Instrucciones de 3 de julio de 1997.
- Acuerdo de Mesa Sectorial del Servicio Murciano de Salud, de 20 de mayo de 2004, sobre diferentes aspectos relacionados con la sustitución del personal facultativo y las matronas de Atención Primaria durante el período 2004-2007.
- Acuerdos de Mesa Sectorial de INSALUD sobre Productividad Variable de 1997 del Personal de Enfermería (grupo B), del personal de Enfermería (grupos C y D) y del Personal no Sanitario.
- Acuerdos de Mesa Sectorial de INSALUD sobre Productividad Variable 2001 en Atención Especializada y en Atención Primaria.
- Acuerdos de transferencias de 2002.
- Decreto Foral 376/2000, de 18 de diciembre, por el que se dictan las normas de desarrollo de la Ley Foral 11/1999.
- Instrucciones de 21 de febrero de 1997 sobre incentivos del año 1996 para el personal de Atención Especializada.
- Instrucciones de la Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD para la asignación de la Productividad Variable de 1998, 1999 y 2000.
- Ley Foral 11/1999, de 6 de abril por la que se regula el sistema de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, publicada en el Boletín Oficial de Navarra n.º 43, de 9.04.1999.
- Pacto de Mesa Sectorial sobre incentivos del personal del SESPA para el año 2004, de 28 de mayo de 2004, de Asturias.
- Pacto de Mesa Sectorial sobre Productividad Variable del personal de las instituciones sanitarias de la Gerencia

Regional de Salud de Castilla y León, de 22 de abril de 2004.	pa puestos directivos de Asistencia Especializada y de Atención Primaria.
Resolución de 10 de enero de 1991 de la Dirección General de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre asignación del Complemento de Productividad al personal que ocu-	Resolución de 4 de julio de 1989 de la Dirección General de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre el Complemento de Productividad (factor variable).

