

PROPOSTAS DE MELLORA DO SISTEMA RETRIBUTIVO PARA AS ENFERMEIRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Xustificación e posicionamento da AGEFEC

A **Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria (AGEFEC)**, como sociedade científico-profesional representativa das enfermeiras que desenvolven a súa actividade no ámbito da Atención Primaria de Galicia, considera necesario adoptar unha posición expresa respecto da situación retributiva deste colectivo e formular unha proposta de actualización coherente coa evolución das súas funcións, responsabilidades e competencias.

A análise histórica do modelo retributivo evidencia unha **demora prolongada na súa adaptación á realidade profesional da enfermaría de Atención Primaria**. O propio marco establecido polo Decreto 226/1996 naceu con elementos cualificados como provisionais á espera dunha regulación adaptada ao cómputo mediante Tarxeta Individual Sanitaria. Máis dunha década despois, os acordos de 2008 seguían comprometendo a continuidade da negociación da adaptación a TIS e establecían expresamente a necesidade de evitar minguas retributivas significativas.

En 2017, a propia Administración volveu formular un borrador destinado a adaptar as retribucións de medicina de familia, pediatría e enfermaría ao cómputo por TIS, recoñecendo que era preciso que o elemento caputivo se axustase dun modo máis preciso ao **número e ás características das persoas realmente asignadas**. Porén, moitas das cuestións entón identificadas —individualización das TIS, adaptación da produtividade fixa, dispersión, garantía retributiva no rural ou actualización das diferentes modalidades— continúan formando parte das reivindicacións profesionais

anos despois. As propias propostas elaboradas no ámbito da AGEFEC evidencian a persistencia destas necesidades.

Por iso, máis que dunha falta puntual de actualización, AGEFEC entende que existe unha **débeda histórica no recoñecemento retributivo da enfermaría de Atención Primaria**, derivada da insuficiente atención que esta materia recibiu ao longo dos anos tanto no ámbito institucional como nos diferentes procesos de negociación e representación profesional. Mentres o modelo asistencial, as competencias enfermeiras e as necesidades da poboación evolucionaron profundamente, unha parte substancial da estrutura retributiva permaneceu ancorada en criterios deseñados décadas atrás.

Esta situación resulta especialmente difícil de manter nun momento no que se pretende reforzar a Atención Primaria. A retribución non constitúe un elemento alleo ao modelo asistencial nin pode reducirse a unha cuestión exclusivamente salarial. É tamén unha **ferramenta de política sanitaria e de recursos humanos**: condiciona a capacidade do sistema para captar profesionais, fidelizalos, incentivar determinados postos e territorios, recoñecer responsabilidades, favorecer o desenvolvemento profesional e construír equipos estables.

Por esta razón, AGEFEC considera que posicionarse sobre esta materia forma parte da súa **responsabilidade ética, profesional e institucional**. Non se pretende substituír o ámbito propio das organizacións sindicais nin asumir as funcións que lles corresponden na negociación colectiva. Pero tampouco sería coherente que unha sociedade científico-profesional que traballa polo desenvolvemento da Enfermaría Familiar e Comunitaria permanecese allea a unhas condicións que inflúen directamente na consolidación do modelo profesional que representa.

Non estamos, polo tanto, ante unha mera cuestión sindical. O recoñecemento económico e profesional forma parte das condicións necesarias para facer posible o modelo de Atención Primaria que se pretende desenvolver.

A capacidade para captar e reter talento, estabilizar profesionais no rural e nas prazas de difícil cobertura, incentivar a formación especializada, recoñecer a responsabilidade das coordinacións, promover a docencia e garantir unha distribución equitativa dos profesionais depende tamén de que exista un sistema retributivo **proporcionado, transparente e coherente coas funcións efectivamente desempeñadas.**

Esta cuestión adquire aínda maior relevancia ante os cambios demográficos e asistenciais da poboación galega. O envellecemento, a cronicidade, a dependencia, a necesidade crecente de atención domiciliaria, a prevención, a promoción da saúde e o desenvolvemento da atención comunitaria sitúan os **coidados enfermeiros no centro de boa parte das respostas que deberá ofrecer a Atención Primaria nos próximos anos.** As propostas previas xa advertían da necesidade de adaptar as retribucións á intensidade da atención domiciliaria, á carga de coidados e ás características específicas da poboación atendida.

Neste contexto, as enfermeiras de Atención Primaria —e de maneira particular as especialistas en **Enfermaría Familiar e Comunitaria**— están chamadas a desempeñar un papel determinante. Pretender ampliar a súa capacidade resolutiva, responsabilidade, autonomía e participación na resposta ás necesidades sanitarias da cidadanía sen acompañar este proceso dun recoñecemento profesional e retributivo suficiente introduciría unha contradición no propio desenvolvemento do modelo.

Por todo o anterior, AGEFEC presenta este documento non como unha simple relación de incrementos económicos, senón como unha **proposta de modernización e coherencia do sistema retributivo da enfermaría de Atención Primaria.** As medidas



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

formuladas procuran actualizar conceptos obsoletos, corrixir desigualdades, vincular mellor a retribución á carga e responsabilidade efectivamente asumidas, recoñecer a especialización e introducir incentivos que contribúan á captación, estabilidade e permanencia dos profesionais.

O obxectivo último non é exclusivamente mellorar as condicións económicas dun colectivo. É contribuír a construír unha Atención Primaria capaz de **atraer talento, conservar experiencia, incentivar a excelencia profesional e recoñecer adecuadamente ás enfermeiras que sosteñen unha parte esencial da atención sanitaria da poboación galega.**

Recoñecer adecuadamente ás Enfermeiras de Atención Primaria non é só unha cuestión retributiva: é unha decisión sobre que Atención Primaria queremos ter no futuro.



Estrutura salarial dos profesionais sanitarios de Atención Primaria

Retribucións básicas	Salario base	Asignado a cada categoría en función do título académico esixido para o seu desempeño.
	Pagas extraordinarias	Percibiranse dúas ao ano (nos meses de xuño e decembro), incluíndo cada unha delas unha mensualidade de soldo e trienios, máis a proporción correspondente do complemento de destino.
	Trienios	Cantidade concibida por cada tres anos de servizo efectivo, segundo a categoría profesional.
Retribucións complementarias	Complemento de destino (por nivel)	Correspóndese co nivel do posto de traballo que se desempeña. O seu importe anual abónase repartido en 14 pagas.
	Complemento específico	Destinado a retribuír as condicións particulares de determinados postos debido á súa especial dificultade técnica, responsabilidade, dedicación, incompatibilidade, perigosidade ou penosidade . Non se pode asignar máis dun complemento específico a un mesmo posto pola mesma circunstancia.
	Carreira profesional	Destinado a retribuír o grao profesional acadado polo persoal estatutario dentro do sistema de carreira profesional que teña establecido o seu servizo de saúde correspondente.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

	Complemento de produtividade	Destinado a remunerar o especial rendemento , o interese ou a iniciativa do profesional, así como a súa participación en programas específicos e a consecución dos obxectivos fixados.
		Estrutura da produtividade na Atención Primaria:
		Produtividade fixa xeral persoal estatutario (ANEXO VIII da orde de confección de nóminas
		Produtividade fixa específica (cartillas) de Atención Primaria. Estrutúrase en modalidades (da A – J) • Modalidade A: <i>En función do número de titulares á asistencia sanitaria adscritos ó profesional ou á unidade, segundo o caso.</i> • Modalidade B: <i>En función do número de titulares á asistencia sanitaria adscritos ó profesional ou á unidade, segundo o caso, que teñan a condición de pensionistas.</i> • Modalidade C: <i>Pola prestación de asistencia pediátrica a cargo do facultativo xeneralista.</i> • Modalidade D: <i>Polo desempeño de postos de traballo nos que, pola súas características demográficas, se considere que concorra un grao de despoboación que impida ós profesionais a adscrición dun número mínimo predeterminado de titulares do dereito á asistencia sanitaria. De concorrer tal circunstancia, asegurarásele ó médico xeral afectado os emolumentos por capitación correspondentes a un número de 1.050 cartillas. (Só médicos, garantía de 1050 TIS)</i>



		• Modalidade E: <i>En función do grao de dispersión xeográfica da poboación asistida, de acordo cos criterios, porcentaxes e/ou factores de cálculo que se especifican nos anexos respecto das categorías afectadas.</i> • Modalidade F: <i>Polo desempeño de postos de traballo situados en localidades consideradas como especialmente illadas, tendo en conta a súa distancia respecto das grandes cidades ou núcleos de poboación importantes e dos centros hospitalarios correspondentes, sempre que o traballador acredite residir na devandita localidade. (deber de residencia derogado).</i> • Modalidade G: <i>Polo desempeño de postos de traballo en condicións de soidade, que se entenderá como aquela circunstancia en que se dea a inexistencia doutro médico xeral ou Enfermeiro/a que preste servizos no mesmo concello.</i> • Modalidade H: <i>Por ostenta-las xefaturas de unidade ou servizo ou outros cargos de responsabilidade no ámbito da atención primaria.</i> • Modalidade I: <i>Polo desempeño de prazas da especialidade de pediatría ou da categoría de odontoloxía.</i> • Modalidade J: <i>Complemento de <u>intersubstitución</u> por prestación de traballo motivada pola ausencia de profesionais da unidade: ten por finalidade retribuír a prestación de servizos dos médicos de familia, pediatras, odontólogos, diplomados en enfermaría, e fisioterapeutas das unidades e servizos do cadro de persoal que atendan a cota de pacientes adscritos a outros profesionais da mesma categoría e unidade, ausentes por causas regulamentarias, non substituídos por persoal temporal ou por persoal de puntos de atención continuada.</i>
--	--	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		Produtividade ou Factor Variable (CPV, ADX, obxectivos): 1. A asignación individual de contías que, por este concepto, poidan corresponder a cada traballador realizarse en función do cumprimento dos obxectivos prefixados polo Servicio Galego de Saúde. 2. O persoal ó que se fai referencia nos anexos do decreto, que desempeña postos de traballo nas unidades de atención primaria, será remunerado por este concepto tendo en conta, tanto os niveis de calidade acadados e a amplitude da oferta de servizos, segundo as necesidades de cada unidade de atención primaria, como calquera outro parámetro que fixe anualmente o Servicio Galego de Saúde. A fixación dos criterios, pautas ou ambos para a determinación dos obxectivos dos que se derive a percepción do citado complemento, será efectuada polo Servicio Galego de Saúde, logo de negociación coas centrais sindicais e coa garantía, en todo caso, do preciso e pormenorizado coñecemento de tales obxectivos polo persoal afectado. Para os efectos sinalados neste apartado 2, o Servicio Galego de Saúde adoptará as medidas oportunas para garanti-la asignación de recursos correspondentes a este concepto retributivo, de xeito que poida manterse polo menos a contía acadada no primeiro exercicio de vixencia da presente disposición.
--	--	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		3. As contías percibidas por complemento de produtividade durante un período de tempo non orixinarán ningún dereito individual respecto a períodos sucesivos
--	--	--

Retribucións actuais das enfermeiras de coidados xerais e especialistas na Atención Primaria e resumo de propostas da AGEFEC

Retribucións básicas	Salario base	Retribucións definidas polos Orzamentos Xerais do Estado (PGE)	
	Pagas extraordinarias		
	Trienios		
Retribucións complementarias	Complemento de destino (por nivel)	Enfermeiras de Coidados Xerais en AP nivel 22 Enfermeiras especialistas AP e Coordinadores de Servizo Nivel 23	Elevar o nivel de complemento de destino dos coordinadores de servizo ao nivel 24.
	Complemento específico	Non perciben. Só os Coordinadores de Servizo. O SERGAS non valora a especial dificultade técnica, responsabilidade,	Que propón AGEFEC? Valorar a dificultade técnica e especificidade e complexidade do traballo especializado das enfermeiras de AP



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		dedicación, incompatibilidade, perigosidade ou penosidade.	Valorar a especial responsabilidade no seguimento dos pacientes e lonxitudinalidade Valorar a especial dedicación de seguimento dos mesmos Valorar e retribuír o compromiso co sistema público mediante adicación exclusiva Valorar a perigosidade en relación ao incremento de agresións, desprazamentos por asistencia fóra do centro de saúde (atención domiciliaria, na vía pública, en emerxencias ante ausencia de SVA do 061). Valorar a penosidade por traballo en condicións non controladas no domicilio dos pacientes, na comunidade ou na vía pública nas emerxencias.
	Carreira profesional	Destinado a retribuír o grao profesional acadado polo persoal estatutario dentro do	Incluír na disposición adicional segunda do Decreto 48/2023, do 20 de abril, de ordenación do sistema de formación sanitaria



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		sistema de carreira profesional que teña establecido o seu servizo de saúde correspondente.	especializada na Comunidade Autónoma de Galicia. A categoría de Enfermeiro/a especialista en Enfermaría Familiar e comunitaria, de tal xeito que co grao III de carreira profesional recoñecido, poderá solicitar o grao IV no caso de que, no seu período de permanencia no grao III, acredite cinco anos de exercicio efectivo da titoría na especialidade. 2. O persoal da categoría de EFeC co grao inicial de carreira profesional recoñecido, poderá solicitar o grao I no caso de que, no seu período de permanencia no grao inicial, acredite dous anos de titoría na especialidade. 3. Modificar a medida excepcional por permanente. Retribuír as funcións de titor principal, titor de apoio e presidencia da subcomisión de
--	--	--	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

			EFeC e coordinación de residentes.
	Complemento de produtividade	Destinado a remunerar o especial rendemento , o interese ou a iniciativa do profesional, así como a súa participación en programas específicos e a consecución dos obxectivos fixados.	
		Estrutura da produtividade na Atención Primaria:	
		Produtividade fixa xeral persoal estatutario (ANEXO VIII da orde de confección de nóminas	Actualmente en AP percíbese 54,48€/mes, mentres que na AH se retribúe aos especialistas 185,09 €/mes. Solicitamos equiparación salarial.



	Produtividade variable específica (cartillas) de Atención Primaria. Estrutúrase en modalidades (da A – J) • Modalidade A: <i>En función do número de titulares á asistencia sanitaria adscritos ó profesional ou á unidade, segundo o caso.</i> • Modalidade B: <i>En función do número de titulares á asistencia sanitaria adscritos ó profesional ou á unidade, segundo o caso, que teñan a condición de pensionistas.</i> • Modalidade C: <i>Pola prestación de asistencia pediátrica a cargo do facultativo xeneralista.</i> • Modalidade D: <i>Pola desempeño de postos de traballo nos que, pola súas características demográficas, se considere que concorra un grao de despoboación que impida ós profesionais a adscrición dun número mínimo predeterminado de titulares do dereito á asistencia sanitaria. De concorrer tal</i>	Solicitamos finalizar co agravio derivado da ausencia de modalidades C e D coa seguinte proposta: Fusión das modalidades A, B e C nunha única modalidade A, cun sistema de Tarxetas Axustadas a Idade segundo se detalla máis adiante. Incluír a Modalidade D para as enfermeiras especialistas e xeralistas de AP. Incremento das modalidades E, F, G e H. Na modalidade J, equiparación dos complementos incluídos na intersubstitución igual que outras categorías tal e como se detalla a continuación.
--	--	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		<i>circunstancia, aseguraráselle ó médico xeral afectado os emolumentos por capitación correspondentes a un número de 1.050 cartillas. (Só médicos, garantía de 1050 TIS)</i> • Modalidade E: <i>En función do grao de dispersión xeográfica da poboación asistida, de acordo cos criterios, porcentaxes e/ou factores de cálculo que se especifican nos anexos respecto das categorías afectadas.</i> • Modalidade F: <i>Polo desempeño de postos de traballo situados en localidades consideradas como especialmente illadas, tendo en conta a súa distancia respecto das grandes cidades ou núcleos de poboación importantes e dos centros hospitalarios correspondentes, sempre que o traballador acredite residir na devandita localidade. (deber de residencia derogado).</i> • Modalidade G: <i>Polo desempeño de postos de traballo en condicións de soidade, que se</i>	
--	--	---	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		<i>entenderá como aquela circunstancia en que se dea a inexistencia doutro médico xeral ou Enfermeiro/a que preste servicios no mesmo concello.</i> • Modalidade H: <i>Por ostenta-las xefaturas de unidade ou servicio ou outros cargos de responsabilidade no ámbito da atención primaria.</i> • Modalidade I: <i>Polo desempeño de prazas da especialidade de pediatría ou da categoría de odontoloxía.</i> • Modalidade J: <i>Complemento de <u>intersubstitución</u> por prestación de traballo motivada pola ausencia de profesionais da unidade: ten por finalidade retribuír a prestación de servizos dos médicos de familia, pediatras, odontólogos, diplomados en enfermaría, e fisioterapeutas das unidades e servizos do cadro de persoal que atendan a cota de pacientes adscritos a outros profesionais da</i>	
--	--	---	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		<i>mesma categoría e unidade, ausentes por causas regulamentarias, non substituídos por persoal temporal ou por persoal de puntos de atención continuada.</i>	
		Produtividade ou Factor Variable (CPV, ADX, obxectivos): 1. A asignación individual de contías que, por este concepto, poidan corresponder a cada traballador realizárase en función do cumprimento dos obxectivos prefixados polo Servicio Galego de Saúde. 2. O persoal ó que se fai referencia nos anexos do decreto, que desempeña postos de traballo nas unidades de atención primaria, será remunerado por este concepto tendo en conta,	Reducir a diferenza porcentual existen entre os obxectivos do persoal “licenciado de Atención Primaria”, cando a maior parte dos obxectivos son acadados de forma conxunta, moitas veces incluso cun maior peso do traballo, responsabilidade e adicación das enfermeiras (véxase obxectivo vacinación antigripal, actividade comunitaria, etc.) Na actualidade o persoal “licenciado” percibe 2.490,96 €/ano mentres que as enfermeiras perciben 375,12 €/ano.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		tanto os niveis de calidade acadados e a amplitude da oferta de servizos, segundo as necesidades de cada unidade de atención primaria, como calquera outro parámetro que fixe anualmente o Servicio Galego de Saúde. A fixación dos criterios, pautas ou ambos para a determinación dos obxectivos dos que se derive a percepción do citado complemento, será efectuada polo Servicio Galego de Saúde, logo de negociación coas centrais sindicais e coa garantía, en todo caso, do preciso e pormenorizado coñecemento de tales obxectivos polo persoal afectado. Para os efectos sinalados neste apartado	
--	--	--	--



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		2, o Servicio Galego de Saúde adoptará as medidas oportunas para garanti-la asignación de recursos correspondentes a este concepto retributivo, de xeito que poida manterse polo menos a contía acadada no primeiro exercicio de vixencia da presente disposición. 3. As contías percibidas por complemento de produtividade durante un período de tempo non orixinarán ningún dereito individual respecto a períodos sucesivos.	
--	--	--	--

Propostas detalladas e xustificadas

Retribucións básicas

No que atinxe as retribucións básicas, veñen predefinidas polo Estatuto Marco e os *Presupuestos Generales del Estado*. A necesaria e lexítima reclasificación das enfermeiras como A1, permitiría entre outras a reclasificación salarial de soldo, trienios e pagas extra.

Retribucións complementarias

Complemento de destino

Reclasificar o posto de Coordinador de Servizo ao nivel 24.

Complemento específico

Elevación do complemento de destino dos coordinadores/as de servizo de enfermaría ao nivel 24.

Proponse elevar do nivel 23 ao nivel 24 o complemento de destino dos postos de coordinador/a de servizo de Atención Primaria. Na actualidade, estes postos teñen asignado o mesmo nivel 23 que os postos de enfermeiro/a especialista, mentres que o persoal enfermeiro asistencial ordinario se sitúa no nivel 22.

Esta configuración non permite que o complemento de destino reflicta adecuadamente a maior responsabilidade inherente ás funcións de coordinación. O acceso a un posto de coordinación supón asumir, ademais das competencias profesionais propias da enfermeira especialista, responsabilidades de organización, coordinación funcional de profesionais, planificación e garantía do adecuado funcionamento do servizo.

Esta responsabilidade resulta especialmente relevante nun modelo de Atención Primaria no que a enfermaría de Atención Primaria é especializada, o que aumenta a diversidade competencial e a complexidade organizativa dos equipos que deben ser coordinados.

A asignación do **nivel 24** permitiría establecer unha progresión coherente entre o posto asistencial ordinario (**nivel 22**), o posto asistencial de especialista (**nivel 23**) e o posto con responsabilidade de coordinación (**nivel 24**), recoñecendo de forma diferenciada a responsabilidade organizativa e de xestión.

Ademais, o propio SERGAS atribúe actualmente o **nivel 24 aos postos de supervisor/a de área funcional**, figura que presenta responsabilidades de organización e xestión de persoal comparables ás desenvolvidas por numerosos coordinadores/as de servizo de Atención Primaria. Por razóns de coherencia organizativa e equidade entre niveis asistenciais, resulta xustificada a equiparación do nivel de complemento de destino.

Trátase, finalmente, dunha medida proporcionada, limitada a un único nivel de incremento e cun impacto económico reducido, pero necesaria para recoñecer adecuadamente a responsabilidade, complexidade e posición funcional destes postos dentro da organización.

«Unha responsabilidade superior debe ter un nivel superior», «non é coherente que especialista e coordinador teñan ambos nivel 23» e «o nivel 24 xa existe no SERGAS para postos enfermeiros de responsabilidade comparable, como supervisor/a de área funcional»

Recoñecemento dun complemento específico para os postos de enfermeira de Atención Primaria

Proponse o establecemento dun complemento específico para os postos asistenciais de enfermaría de Atención Primaria, cunha contía diferenciada e superior para aqueles postos configurados como de enfermeiro/a especialista, en atención ás condicións particulares nas que se desenvolve a súa actividade.

A actividade enfermeira de Atención Primaria reúne diferentes circunstancias expresamente susceptibles de valoración mediante este complemento: especial

dificultade técnica, responsabilidade, dedicación, incompatibilidade, perigosidade e penosidade.

Dificultade técnica e complexidade. A actividade enfermeira en Atención Primaria abrangue a valoración integral da persoa, a planificación e seguimento de coidados, a atención á cronicidade, dependencia, fragilidade e elevada carga de coidados, a atención domiciliaria, as actividades preventivas e de promoción da saúde e a intervención familiar e comunitaria. Nos postos de enfermeiro/a especialista esta dificultade técnica incrementase pola aplicación das competencias avanzadas e específicas propias da especialidade.

Responsabilidade. A enfermeira de Atención Primaria mantén unha responsabilidade continuada sobre a poboación asignada, derivada da lonxitudinalidade e do seguimento ao longo do ciclo vital. Esta responsabilidade non se limita á resolución dun episodio asistencial concreto, senón que inclúe a identificación de necesidades, planificación, seguimento, detección precoz de cambios, continuidade dos coidados e coordinación con outros profesionais e recursos asistenciais, sociais e comunitarios.

Dedicación. O modelo de Atención Primaria require unha atención continuada e proactiva, especialmente respecto das persoas con enfermidades crónicas, dependencia, fragilidade ou necesidades de atención domiciliaria, o que determina unha especial dedicación vinculada á continuidade asistencial e ao seguimento lonxitudinal da poboación.

Incompatibilidade. Debe valorarse igualmente a dedicación exclusiva ao sistema sanitario público cando esta comporte unha limitación efectiva para o exercicio doutras actividades profesionais, retribuíndo o compromiso e dispoñibilidade derivados deste réxime.

Perigosidade. Unha parte relevante da actividade enfermeira desenvólvese fóra das instalacións sanitarias, mediante atención domiciliaria, comunitaria e, cando resulta necesario, actuación ante situacións urxentes na vía pública ou noutros contornos. Esta actividade implica desprazamentos e exposición a contornos non controlados, así como riscos derivados das agresións, da circulación, dos riscos biolóxicos e da ausencia do nivel de protección e apoio dispoñible nun centro sanitario.

Penosidade. A prestación de asistencia no domicilio, na comunidade ou na vía pública obriga a traballar en condicións ambientais, hixiénicas, ergonómicas e de seguridade que non poden ser controladas previamente pola organización sanitaria, ás que se engaden os desprazamentos e a dispersión xeográfica, especialmente relevante no ámbito rural.

En consecuencia, as condicións obxectivas destes postos xustifican o recoñecemento dun complemento específico propio para a enfermaría de Atención Primaria. Nos postos reservados a enfermeiros/as especialistas, a maior dificultade técnica, especificidade competencial e responsabilidade derivadas do desempeño efectivo das funcións propias da especialidade xustifican, pola súa vez, unha **contía superior do complemento específico**.

Esta diferenciación non responde exclusivamente á titulación do profesional, senón ás **características, funcións, responsabilidade e condicións efectivas do posto de traballo**, garantindo así a coherencia coa propia finalidade do complemento específico.

Carreira Profesional

Recoñecemento da titoría de EFeC na carreira profesional

Modificar a disposición adicional segunda do Decreto 48/2023, do 20 de abril, de ordenación do sistema de formación sanitaria especializada na Comunidade Autónoma de Galicia, incorporando a categoría de enfermeiro/a especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria aos mecanismos específicos de progresión na

carreira profesional establecidos para o persoal que exerce funcións de titoría de Formación Sanitaria Especializada.

O persoal da categoría de enfermeiro/a especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria que teña recoñecido o grao III de carreira profesional poderá solicitar o grao IV cando, durante o período de permanencia no grao III, acredite cinco anos de exercicio efectivo da titoría na especialidade.

Así mesmo, o persoal desta categoría co grao inicial recoñecido poderá solicitar o grao I cando, durante o período de permanencia no grao inicial, acredite dous anos de exercicio efectivo da titoría na especialidade.

Esta modificación responde á necesidade de establecer un tratamento coherente das funcións de titoría dentro das Unidades Docentes Multiprofesionais de Atención Familiar e Comunitaria. A responsabilidade, acreditación, planificación, supervisión e avaliación inherentes á función tutorial forman parte do mesmo sistema de Formación Sanitaria Especializada, con independencia da profesión sanitaria da persoa especialista en formación.

O propio Decreto 48/2023 recoñece as funcións de titoría como funcións de xestión clínica e establece expresamente o seu recoñecemento na carreira profesional dentro da categoría de cada persoa titora. Resulta, polo tanto, coherente que os mecanismos específicos de progresión vinculados ao exercicio continuado da titoría comprendan tamén ás persoas especialistas en Enfermaría Familiar e Comunitaria que asumen a formación dos residentes EIR.

Carácter permanente

Eliminar o carácter temporal da medida prevista na disposición adicional segunda, converténdoa nun mecanismo permanente de progresión profesional.

A formación sanitaria especializada e a necesidade de dispoñer de profesionais acreditados que asuman a titorización constitúen necesidades estruturais do sistema sanitario e non circunstancias excepcionais limitadas no tempo. A continuidade das sucesivas promocións de residentes require garantir unha estrutura docente estable, suficiente e adecuadamente incentivada.

O recoñecemento na carreira profesional debe actuar como mecanismo permanente de captación, fidelización e recoñecemento dos profesionais que asumen de forma continuada unha responsabilidade docente adicional á súa actividade asistencial.

Retribución das funcións docentes

Establecer unha retribución específica polo desempeño efectivo das funcións de titor/a de Formación Sanitaria Especializada, titor/a de apoio, Presidencia da Subcomisión de Especialidades de Enfermaría e coordinación docente de residentes e/ou titores.

Estas funcións comportan responsabilidades docentes, avaliativas, organizativas e de xestión adicionais á actividade asistencial ordinaria. O propio Decreto 48/2023 regula o seu nomeamento, funcións, dedicación, avaliación e recoñecemento profesional, chegando a cualificar a titoría e a organización da formación especializada como funcións de xestión clínica.

O seu recoñecemento como mérito ou na carreira profesional non substitúe a necesidade de compensar o desempeño efectivo dunha función adicional mentres esta se exerce. Por este motivo, propónse establecer unha retribución vinculada ao nomeamento e ao exercicio efectivo da función, diferenciada en función do nivel de responsabilidade asumido.

En Conclusión

Non se solicita crear un privilexio específico para a EFeC, senón aplicar ás persoas especialistas que titorizan residentes EIR o mesmo principio de incentivación da titoría que o Decreto 48/2023 xa recoñece para Medicina Familiar e Comunitaria, dentro dunha mesma estrutura de Formación Sanitaria Especializada multiprofesional.

Se queremos dignificar a especialización en Atención Primaria, debemos falar da **Carreira profesional do persoal titor de Atención Familiar e Comunitaria**.

Complemento de Produtividade

Equiparación da produtividade fixa xeral das Enfermeiras de Atención Primaria

Proponse modificar as contías correspondentes á produtividade fixa xeral do persoal estatutario recollidas no **anexo VIII da Orde anual de confección de nóminas**, co obxecto de eliminar a diferenza retributiva existente entre o persoal de enfermaría de Atención Primaria e as categorías equivalentes do ámbito hospitalario, tanto no caso da **enfermaría xeralista** como no da **enfermaría especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria**.

Na actualidade, o persoal de enfermaría de Atención Primaria percibe por este concepto **54,48 euros mensuais**. Porén, no ámbito hospitalario, a enfermeira/o asistencial percibe **168,75 euros mensuais**, o que supón unha diferenza de **114,27 euros ao mes** respecto dunha enfermeira/o xeralista de Atención Primaria.

Esta diferenza non se corresponde cunha distinta clasificación profesional que permita xustificar unha retribución tan desigual. A enfermeira/o xeralista de Atención Primaria e a enfermeira/o asistencial hospitalario pertencen ao mesmo grupo profesional e desenvolven funcións asistenciais propias da profesión enfermeira, aínda que adaptadas ás características de cada nivel asistencial.

A actividade desenvolvida en Atención Primaria non comporta unha menor responsabilidade nin unha menor complexidade profesional. Pola contra, incorpora elementos específicos como a **responsabilidade continuada sobre unha poboación asignada, a lonxitudinalidade dos coidados, o seguimento ao longo do ciclo vital, a atención á cronicidade, fragilidade e dependencia, a atención domiciliaria, as actividades preventivas e de promoción da saúde, a intervención comunitaria e a coordinación con outros niveis asistenciais e recursos sociosanitarios.**

Por tanto, a adscrición a Atención Primaria non debería determinar, por si mesma, unha minoración dun concepto de carácter xeral respecto dunha enfermeira/o asistencial do ámbito hospitalario.

Esta desigualdade resulta aínda máis evidente no caso dos postos de **enfermeiro/a especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria**. Mentres que en Atención Primaria se perciben igualmente **54,48 euros mensuais**, para a categoría de enfermeiro/a especialista establécese unha contía de **185,09 euros mensuais**, o que supón unha diferenza de **130,61 euros ao mes**.

Esta diferenza carece de xustificación cando se trata dun posto de Enfermaría Familiar e Comunitaria, posto que esta constitúe igualmente unha **categoría estatutaria de enfermeiro/a especialista**, que require formación sanitaria especializada e o desenvolvemento das competencias avanzadas e específicas propias da especialidade. O feito de que o seu ámbito natural de exercicio sexa a Atención Primaria non debe determinar un menor recoñecemento retributivo respecto doutras especialidades enfermeiras.

A produtividade fixa xeral debe responder á **categoría, cualificación e responsabilidade profesional**, sen que a adscrición do posto a Atención Primaria ou Atención Hospitalaria poida establecer por si mesma unha diferenza retributiva destas características. As

particularidades existentes entre ambos niveis asistenciais deben ser recoñecidas mediante os conceptos específicos destinados a retribuílas, e non mediante unha minoración da produtividade fixa xeral.

Así mesmo, non cabe xustificar estas diferenzas pola existencia en Atención Primaria doutras modalidades de produtividade vinculadas ás **TIS, dispersión xeográfica, illamento ou demais características particulares do posto**. A propia normativa retributiva diferencia expresamente ambos conceptos, establecendo que o persoal das unidades e servizos de Atención Primaria percibirá, **ademais das retribucións recollidas no anexo VIII**, as contías do complemento de produtividade fixa correspondentes aos factores específicos de Atención Primaria recollidos no anexo XI.

Estes factores específicos compensan circunstancias propias da prestación en Atención Primaria e, en consecuencia, **non poden considerarse substitutivos, compensatorios nin absorbibles respecto da produtividade fixa xeral**.

Por todo isto, propónse:

- a **equiparación da produtividade fixa xeral do persoal enfermeiro xeralista de Atención Primaria coa establecida para o persoal enfermeiro asistencial hospitalario**, actualmente fixada en **168,75 euros mensuais**;
- e a **equiparación da produtividade fixa xeral dos postos de enfermeiro/a especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria coa establecida para o resto das categorías de enfermeiro/a especialista**, actualmente fixada en **185,09 euros mensuais**.

Esta equiparación realizaríase **sen prexuízo das modalidades e factores específicos de produtividade que correspondan polo desempeño do posto en Atención Primaria**, posto que estes retribúen circunstancias diferentes e propias deste nivel asistencial.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

En síntese, non resulta coherente que o ámbito asistencial determine unha penalización nun concepto retributivo de carácter xeral: unha enfermeira/o xeralista de Atención Primaria debe recibir neste concepto o mesmo tratamento que unha enfermeira/o asistencial hospitalario equivalente, e unha enfermeira/o especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria o mesmo tratamento que o resto das enfermeiras/os especialistas.

Produtividade Variable específica da Atención Primaria (“Tarxetas”)

Modalidades A, B e C: Un novo concepto de modalidade A con Tarxetas Axustadas á Idade.

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-NORMATIVA

O **Decreto 226/1996, do 25 de abril**, polo que se regula o réxime retributivo do persoal das unidades e servizos de Atención Primaria, configurou o factor fixo do complemento de produtividade mediante diferentes modalidades. A modalidade A vinculouse ao número de titulares do dereito á asistencia sanitaria adscritos ao profesional ou á unidade; a modalidade B, ao número destes titulares que tivesen a condición de pensionistas; e a modalidade C, á prestación de asistencia pediátrica polo facultativo xeralista.

Trátase, polo tanto, dun modelo deseñado hai trinta anos, baseado inicialmente no concepto de **cartilla** e nunha organización asistencial moi diferente á actual. No caso da enfermaría, o sistema mantivo unha retribución capitativa estruturada por **tramos**, e non polo número individual e ponderado de persoas asignadas.

Xa no **Acordo de Atención Primaria de 2008** se recoñeceu a necesidade de superar este sistema. A Administración e as organizacións sindicais acordaron como base da adaptación retributiva substituír o factor «número de cartillas» polo **número de TIS**, introducindo ademais unha ponderación por idade para aproximar a retribución á diferente demanda asistencial. Para o as enfermeiras prevíase que o número de TIS se

calculase sobre as tarxetas da unidade e se lle aplicasen os mesmos coeficientes de idade, establecendo tamén que debían adoptarse criterios para evitar minguas retributivas significativas.

Posteriormente produciuse un cambio organizativo especialmente relevante para a enfermaría. O **Decreto 55/2015, do 26 de marzo**, recoñeceu expresamente o dereito da cidadanía á **libre elección do profesional de enfermaría de Atención Primaria**, facendo posible unha vinculación individual entre persoa usuaria e profesional enfermeiro/a. A propia norma sinalaba a necesidade de adaptar os sistemas de información vinculados á tarxeta sanitaria para facer efectiva esta elección.

Esta evolución tivo reflexo no **borrador proposto pola Dirección Xeral de Recursos Humanos do SERGAS de adaptación a TIS de 2017**, no que xa se propoñía deixar sen efecto para enfermaría as modalidades A e B e substituílas por unha nova modalidade A calculada mediante **TIS axustadas por idade**, tendo en conta tanto as persoas individualmente asignadas ao profesional como a parte proporcional das TIS da unidade que non tivesen asignación individual.

Porén, esta adaptación non chegou a consolidarse no sistema retributivo vixente. En 2026, a Orde de confección de nóminas continúa remitindo ao artigo 7 do Decreto 226/1996 e mantén no seu anexo XI a estrutura tradicional. Para enfermaría, a modalidade A continúa retribuíndose mediante tramos —91,70 €, 275,12 €, 366,82 € ou 458,54 € mensuais segundo o número de persoas aseguradas— e a modalidade B tamén por tramos; a modalidade C segue sen recoñecemento para enfermaría. Pola contra, para medicina de familia a modalidade A está individualizada mediante un valor de **0,375987 €/mes por persoa asegurada**.

PROPOSTA SERGAS 2017: PONDERACIÓN DAS TIS POR IDADE PARA ENFERMARÍA

Tramo de idade / condición	Nº de TIS	Coeficiente ponderación de	Resultado en TAI
0 a 1 ano	Nº TIS	× 4,5	Nº TIS × 4,5
1 a 2 anos	Nº TIS	× 3	Nº TIS × 3
3 a 6 anos	Nº TIS	× 1,5	Nº TIS × 1,5
7 a 64 anos	Nº TIS	× 1	Nº TIS × 1
65 a 79 anos	Nº TIS	× 2,5	Nº TIS × 2,5
80 anos ou máis	Nº TIS	× 4,5	Nº TIS × 4,5
Pensionistas menores de 65 anos	Nº TIS	× 2	Nº TIS × 2

LIMITACIÓNS DO MODELO ACTUAL

O mantemento do sistema de tramos para a enfermaría resulta cada vez menos adecuado á realidade actual da Atención Primaria.

En primeiro lugar, **non existe proporcionalidade directa entre o número de persoas asignadas e a retribución**. Dúas profesionais situadas dentro do mesmo tramo poden ter diferenzas importantes no número de persoas atendidas e, con todo, percibir exactamente a mesma contía.

En segundo lugar, o sistema actual separa en modalidades diferentes variables que forman parte dunha mesma realidade asistencial. A modalidade A pretende valorar o volume de poboación; a B introduce unha aproximación á maior carga derivada da idade mediante a condición de pensionista; e a C recoñece separadamente a atención á poboación pediátrica, pero exclusivamente para medicina xeral.

Esta estrutura pode substituírse por un mecanismo máis preciso: **ponderar cada TIS segundo a idade da persoa asignada**. Deste xeito, a maior carga asistencial asociada aos extremos da vida queda incorporada directamente ao cálculo, sen necesidade de manter complementos separados baseados na condición administrativa de pensionista ou na existencia de poboación pediátrica.

Ademais, a ausencia dunha modalidade C para enfermaría responde a unha concepción histórica que non se corresponde co actual modelo asistencial. A enfermaría de Atención Primaria presta coidados ao longo de **todo o ciclo vital**, incluída a poboación infantil en cotas mixtas, e as actividades de seguimento do desenvolvemento, prevención, inmunización, educación sanitaria, atención á cronicidade ou atención domiciliaria forman parte da súa actividade profesional. A maior carga asociada ás primeiras idades debe, polo tanto, ter tamén repercusión económica, tanto en cotas pediátricas como mixtas.

PROPOSTA DA AGEFEC

AGEFEC propón a **substitución das actuais modalidades A, B e C por unha única modalidade A baseada en Tarxetas Individuais Sanitarias Axustadas por Idade (TAI)** para o persoal enfermeiro de Atención Primaria, tanto xeralista como especialista.

A nova modalidade debe partir da **asignación individual de TIS a cada profesional**, en coherencia co dereito á libre elección de enfermaría implantado desde 2015. As TIS que, polas características organizativas da unidade, non teñan asignación individual deberán incorporarse mediante unha cota proporcional entre os profesionais correspondentes, seguindo o criterio que xa se contemplaba no borrador de adaptación de 2017.

Cada TIS deberá ponderarse en función da idade, conforme aos coeficientes que se desenvolvan no sistema de **TIS axustadas por idade**, de maneira que as etapas da vida asociadas a maior necesidade de seguimento e coidados teñan un maior peso retributivo.

Deste xeito:

- a actual **modalidade A** queda substituída por unha capitación individual e proporcional ao número real de persoas asignadas;
- a actual **modalidade B** queda integrada mediante a ponderación por idade, superando a utilización da condición administrativa de pensionista como aproximación indirecta á carga asistencial;
- e a carga correspondente á actual **modalidade C** queda tamén integrada mediante unha maior ponderación das TIS pediátricas, recoñecendo por primeira vez de maneira efectiva a atención enfermeira a esta poboación.

AGEFEC propón establecer o **valor unitario da TIS axustada en 0,375987 €/mes**, valor que garante a ausencia de merma retributiva por cambio de modelo, e incentiva e valora o traballo adicional das enfermeiras de Atención Primaria con maior carga asistencial.

A fórmula básica sería:

Retribución mensual modalidade A = número total de TIS axustadas por idade × 0,375987 €

O modelo permitiría así pasar dun sistema histórico de **cartillas, tramos e complementos fragmentados** a outro baseado na **poboación efectivamente asignada e na carga asistencial esperable segundo a idade**, máis proporcional, transparente e adaptado á organización actual da Atención Primaria.

PROPOSTA CONCRETA

Modalidade A. En función do número de Tarxetas Individuais Sanitarias Axustadas por Idade (TAI) asignadas a cada profesional.

Substituiranse as actuais modalidades A, B e C por unha única modalidade A, na que a retribución se determinará en función do número de TIS individualmente asignadas ao/á profesional, ponderadas segundo a idade das persoas usuarias.

As TIS adscritas á unidade que non teñan asignación individual incorporaranse á cota de cada profesional na proporción que corresponda.

O valor unitario establécese en **0,375987 euros por TIS axustada e mes.**

Este sistema será de aplicación ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria que teña poboación asignada, garantindo que a retribución capitativa responda ao número e características da poboación efectivamente atendida.

Modalidade D: Garantía retributiva en zonas con baixa densidade de poboación

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-NORMATIVA

A modalidade D do factor fixo de produtividade de Atención Primaria nace como un mecanismo de **garantía retributiva fronte á despoboación**. A súa finalidade é compensar aqueles postos nos que, polas características demográficas do ámbito, o profesional non pode acadar un número mínimo de persoas adscritas e, en consecuencia, vería reducida a súa retribución capitativa por unha circunstancia allea á súa vontade e á súa actividade profesional.

No modelo tradicional, esta garantía quedou circunscrita fundamentalmente ao persoal médico de familia, asegurándolle unha referencia mínima de cartillas/TIS cando a baixa densidade demográfica impide alcanzar determinado volume de poboación asignada.

A propia proposta de adaptación a TIS do SERGAS de 2017 mantivo esta filosofía. Para medicina de familia prevíase unha modalidade D nos municipios cunha única praza e menos de **1.200 TIS**, aboándose a diferenza entre as TIS efectivamente asignadas e esa referencia mínima.

É dicir, o fundamento da modalidade D non é premiar unha maior actividade cuantitativa, senón **garantir que a estrutura demográfica do territorio non provoque unha perda retributiva ao profesional que presta servizos nel.**

NECESIDADE DE ESTENDELA Á ENFERMARÍA

A mesma circunstancia que xustifica a modalidade D para medicina de familia afecta igualmente ás enfermeiras de Atención Primaria.

Nun ámbito rural ou despoboado, unha enfermeira pode ter un número reducido de TIS non porque exista unha menor necesidade de prestación sanitaria ou porque a súa actividade sexa menor, senón porque **simplemente existe menos poboación no territorio.**

A ausencia dunha garantía mínima produce, deste xeito, unha situación paradoxal: os postos que poden presentar **maior dificultade de cobertura, maior dispersión xeográfica, máis desprazamentos e maior complexidade organizativa** poden acabar percibindo unha menor retribución capitativa exclusivamente porque o territorio perde poboación.

UN NÚMERO MENOR DE TIS NON SIGNIFICA NECESARIAMENTE MENOR CARGA ASISTENCIAL

A retribución capitativa pura parte da idea de que máis persoas asignadas implican máis actividade. Pero, no medio rural, **o número de TIS non expresa por si só a carga real de traballo.**

Unha cota menor pode coexistir con:

- poboación máis envellecida;
- maior prevalencia de dependencia, fraxilidade e cronicidade;
- maior intensidade de seguimento domiciliario;
- maior dispersión xeográfica;
- máis tempo de desprazamento entre domicilios e núcleos de poboación;
- menor dispoñibilidade inmediata doutros recursos sanitarios;
- e maior dificultade para compartir ou redistribuír cargas entre profesionais.

Por iso, unha diminución demográfica pode reducir automaticamente a retribución vinculada ás TIS **sen reducir na mesma proporción nin a responsabilidade territorial nin a carga real de coidados.**

A modalidade D debe actuar precisamente como mecanismo corrector deste efecto.

RESPONSABILIDADE SOBRE O TERRITORIO E ACCESIBILIDADE

A Atención Primaria debe manter a súa capacidade asistencial tamén nos territorios de baixa densidade de poboación.

Unha enfermeira destinada nun centro rural continúa sendo responsable da atención da poboación asignada, do seguimento da cronicidade, da atención domiciliaria, das actividades preventivas, da continuidade de coidados e da resposta ás necesidades de saúde do ámbito, aínda que o número absoluto de habitantes diminúa.

A presenza dun profesional sanitario nun territorio non pode valorarse unicamente polo número de TIS. Existe tamén una **función estrutural de garantía de accesibilidade e equidade territorial**.

Se o sistema caputivo penaliza os postos de baixa poboación, xérase unha contradición coa propia necesidade do sistema sanitario de **manter profesionais nestes territorios**.

CAPTACIÓN E FIDELIZACIÓN DE PROFESIONAIS

A modalidade D debe entenderse tamén como unha ferramenta de política de recursos humanos.

Os postos rurais e de baixa densidade demográfica presentan con frecuencia maiores dificultades para a súa cobertura estable. Se, ademais das condicións asociadas á dispersión, illamento ou desprazamentos, estes postos comportan unha menor retribución pola existencia dun menor número de TIS, o sistema introduce un **desincentivo adicional para a súa elección e permanencia**.

Garantir unha cota mínima permite:

- reducir a penalización económica asociada ao despoboamento;
- mellorar a atractividade dos destinos rurais;
- favorecer a estabilidade dos equipos;
- contribuír á fidelización de profesionais;
- e protexer a continuidade asistencial da poboación.



PROPOSTA DA AGEFEC

Modalidade D. Garantía mínima por baixa densidade demográfica.

Propónse estender a modalidade D ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria, garantindo unha cota mínima de TIS nos postos nos que, polas características demográficas do territorio, non resulte posible alcanzar o número mínimo establecido.

A finalidade desta modalidade será evitar que a perda ou baixa densidade de poboación produza unha diminución retributiva en postos que deben manter igualmente a súa capacidade asistencial e responsabilidade sobre o territorio.

A garantía resultará de aplicación tanto ás TIS individualmente asignadas como, de ser o caso, á cota proporcional correspondente á unidade, dentro do novo sistema de TIS axustadas por idade.

A retribución da modalidade D calcularase sobre a diferenza entre a cota mínima garantida (1.200 TIS) e a cota efectiva da profesional, aplicando o valor unitario establecido para a modalidade A.

A despoboación non pode converterse nunha penalización salarial para quen garante a asistencia sanitaria no rural.

Modalidade E. Dispersión xeográfica e atención domiciliaria

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-NORMATIVA

A modalidade E do factor fixo de produtividade de Atención Primaria foi configurada para retribuír a prestación de servizos en función do **grao de dispersión xeográfica da poboación asistida**. A súa razón de ser é compensar a maior carga que supón atender unha poboación distribuída nun territorio amplo e disperso, circunstancia especialmente relevante cando a actividade asistencial require desprazamentos fóra do centro de saúde.

Esta relación entre dispersión e atención domiciliaria aparece expresamente recoñecida na proposta de adaptación a TIS elaborada polo SERGAS en 2017, que definía a modalidade E como a correspondente á dispersión xeográfica **«polos desprazamentos a domicilio»**. Para enfermaría propoñíanse tres graos, equivalentes ao **40 %, 50 % e 60 % da modalidade A**.

O borrador de 2017 contemplaba ademais dúas circunstancias particularmente relevantes:

- cando o profesional tivese que desprazarse para prestar asistencia en centros de **máis dun municipio**, aplicaríase en todo caso o **grao III de dispersión**;
- e a modalidade E incrementaríase nun **10 % adicional da modalidade A por cada unidade de Atención Primaria adicional** á que se desprazase o profesional desde a súa unidade de destino.

Polo tanto, a propia DX de RRHH do SERGAS xa recoñeceu que a dispersión non pode medirse unicamente pola localización do centro de saúde, senón tamén polos **desprazamentos que efectivamente debe realizar o profesional para prestar asistencia**.

ESPECIAL RELEVANCIA DA MODALIDADE E PARA A ENFERMARÍA

A modalidade E ten unha importancia singular para a enfermaría de Atención Primaria porque a **atención domiciliaria constitúe unha parte estrutural e crecente da actividade enfermeira**.

A dispersión xeográfica non supón unicamente realizar máis quilómetros. Cada desprazamento domiciliario implica tamén:

tempo de desprazamento + menor capacidade para concentrar actividade asistencial + utilización de vehículo + dificultade organizativa + prestación de coidados nun ámbito non sanitario + necesidade de transportar material e equipamento.

Ademais, estas circunstancias intensifícanse precisamente nas zonas rurais, onde adoitan coincidir a dispersión da poboación, o envellecemento, a dependencia, a fragilidade e unha menor dispoñibilidade de transporte público.

Nas propostas previas xa se advertía de que a evolución demográfica e asistencial ía incrementar a necesidade de **atención domiciliaria preventiva, proactiva e de seguimento**, especialmente nas persoas con cronicidade e pluripatoloxía, e se reclamaba un incremento significativo desta modalidade para enfermaría.

A DISPERSIÓN AMPLIFICA A CARGA ASISTENCIAL QUE XA MIDE A “MODALIDADE A”

Co novo modelo proposto por AGEFEC, a modalidade A deixaría de ser un sistema de tramos e pasaría a medir a carga poboacional mediante **TIS axustadas por idade (TAI)**.

Isto permite establecer unha relación coherente entre ambas modalidades:

- a **modalidade A** retribúe a poboación asignada e a súa carga asistencial esperable;
- a **modalidade E** retribúe a dificultade engadida de prestar esa asistencia nun territorio disperso.

Por iso ten sentido que a modalidade E se calcule como unha **porcentaxe da modalidade A**.

Unha mesma cota de poboación non require o mesmo tempo nin os mesmos recursos se as persoas poden ser atendidas nun núcleo urbano compacto que se están distribuídas por múltiples aldeas e domicilios separados por quilómetros.

Ademais, ao calcular a modalidade E sobre unha modalidade A baseada en **TAI**, a compensación pola dispersión queda relacionada indirectamente coa propia carga de coidados: unha poboación máis envellecida e con maior peso TAI incrementará tamén a base sobre a que se calcula a dispersión.

POR QUÉ INCREMENTAR OS PORCENTAXES ACTUAIS

Os porcentaxes tradicionais do **40 %, 50 % e 60 %** resultan insuficientes para representar o peso que actualmente ten a actividade domiciliaria na enfermaría de Atención Primaria.

Na proposta de mellora realizada en 2017 chegouse a formular unha elevación moi significativa das porcentaxes de dispersión e a incorporación adicional do peso da poboación maior, precisamente para adaptar a retribución á intensidade da atención domiciliaria.

A proposta actual que estamos construíndo mantén esa filosofía pero simplifica o cálculo ao integrar previamente a idade na modalidade A mediante as TAI.

PROPOSTA DA AGEFEC

AGEFEC propón manter os tres graos de dispersión, pero **incrementar substancialmente a súa contía**, establecendo:

Grao de dispersión	Proposta AGEFEC
Dispersión I	75 % da modalidade A
Dispersión II	85 % da modalidade A
Dispersión III	100 % da modalidade A

Dado que a nova modalidade A se calcularía mediante **TIS axustadas por idade × 0,375987 €/TAI/mes**, a modalidade E aplicaríase sobre a contía resultante da modalidade A.

Así:

Modalidade E – Grao I = Modalidade A × 75 %

Modalidade E – Grao II = Modalidade A × 85 %

Modalidade E – Grao III = Modalidade A × 100 %

Deste xeito, a modalidade E queda directamente vinculada á poboación efectivamente atendida, á súa estrutura etaria e ao grao de dispersión no que se presta a asistencia.

Desprazamento a outras unidades

AGEFEC propón recuperar e reforzar tamén o criterio xa recollido no borrador do SERGAS de 2017:

Incremento adicional do 10 % da modalidade A por cada unidade de Atención Primaria adicional na que o profesional deba prestar asistencia.

Isto permite compensar especificamente aquelas situacións nas que o profesional non se limita á dispersión propia da súa unidade, senón que debe **desprazarse de forma estrutural a outros centros, unidades ou territorios para garantir a asistencia.**

Así, por exemplo, unha profesional con grao III que tivese que prestar asistencia regularmente nunha unidade adicional percibiría:

100 % da modalidade A + 10 % adicional da modalidade A.

Se fosen dúas unidades adicionais:

100 % + 20 % da modalidade A.

Este criterio xa estaba contemplado na proposta normativa de 2017, que prevía un incremento do 10 % por cada unidade adicional.

PROPOSTA DA AGEFEC

Modalidade E. Dispersión xeográfica.

Proponse incrementar a modalidade E aplicable ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria, co obxecto de adecuar a súa contía á importancia que a atención domiciliaria e os desprazamentos teñen actualmente na actividade enfermeira.

A dispersión xeográfica non representa unicamente distancia quilométrica, senón unha maior utilización de tempo asistencial nos desprazamentos, menor capacidade para concentrar actividade, maior dificultade organizativa e prestación de coidados fóra das instalacións sanitarias. Estas circunstancias adquiren especial relevancia no ámbito rural, onde a dispersión adoita coincidir cunha poboación máis envellecida, dependente e con maior necesidade de atención domiciliaria.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

A propia proposta de adaptación a TIS realizada polo SERGAS en 2017 vinculaba expresamente esta modalidade aos **desprazamentos a domicilio** e establecía tres graos de dispersión, así como mecanismos adicionais de compensación cando o profesional debía prestar servizos noutras unidades. Borrador adaptación a TIS (8.5....

No novo modelo proposto por AGEFEC, a modalidade E calcularase sobre a contía da modalidade A baseada en TIS axustadas por idade, establecendo as seguintes porcentaxes:

Grao	I:	75	%	da	modalidade	A.
Grao	II:	85	%	da	modalidade	A.
Grao III: 100 % da modalidade A.						

Desta forma, a retribución pola dispersión queda vinculada tanto á poboación efectivamente asignada e á súa carga asistencial como á dificultade territorial na que deben prestarse os coidados.

Así mesmo, propónse un **incremento adicional equivalente ao 10 % da modalidade A por cada unidade de Atención Primaria adicional na que o profesional deba prestar asistencia**, recuperando o criterio xa previsto na proposta de adaptación a TIS de 2017.

A modalidade será aplicable en iguais condicións ao persoal enfermeiro xeralista e especialista, por tratarse dunha compensación asociada ás características obxectivas do posto e do territorio e non á categoría profesional.

«A dispersión non retribúe só quilómetros: retribúe o tempo, a dificultade e o custo de levar os coidados ao domicilio e manter a accesibilidade sanitaria dunha poboación dispersa».

Modalidade F: Illamento da localidade

CONTEXTUALIZACIÓN E FINALIDADE DA MODALIDADE

A modalidade F da produtividade fixa específica de Atención Primaria foi configurada para compensar o desempeño de postos situados en **localidades especialmente illadas**, atendendo á súa distancia respecto das grandes cidades ou núcleos de poboación importantes e dos centros hospitalarios de referencia.

A regulación inicial vinculaba tamén esta modalidade á residencia do profesional na localidade, requisito posteriormente derogado. Esta modificación non elimina nin reduce o fundamento do complemento: **o elemento que se pretende compensar é o illamento obxectivo da localidade na que se presta o servizo**, con independencia do lugar de residencia da profesional.

Polo tanto, a modalidade F debe entenderse como unha compensación polas especiais condicións derivadas de prestar asistencia sanitaria nun territorio afastado dos principais recursos sanitarios, administrativos, formativos e de apoio da organización.

O ILLAMENTO TERRITORIAL CONTINÚA TENDO CONSECUENCIAS ASISTENCIAIS E PROFESIONAIS

A distancia respecto dos hospitais de referencia e dos grandes núcleos de poboación condiciona directamente o exercicio profesional en Atención Primaria.

Nos postos máis illados existe unha maior dificultade para acceder de maneira inmediata a determinados recursos diagnósticos, asistenciais e de apoio; maior tempo de desprazamento nas derivacións e coordinacións; maior dificultade para cubrir ausencias e incidencias; maior dificultade para acceder a formación continuada; e menor facilidade para dispoñer de profesionais de substitución.

Desde a perspectiva da enfermaría, o illamento pode adquirir unha importancia adicional pola súa vinculación coa **continuidade asistencial, a atención domiciliaria e a resposta inicial ante determinadas incidencias clínicas** nun territorio no que os recursos hospitalarios ou especializados se atopan a maior distancia.

A profesional que presta servizos nunha localidade illada contribúe, ademais, a manter a **accesibilidade efectiva da poboación ao sistema sanitario público**, evitando que a distancia xeográfica se traduza nunha desigualdade no acceso aos coidados.

UNHA MODALIDADE DISTINTA DA DISPERSIÓN XEOGRÁFICA

É importante diferenciar claramente a modalidade F da modalidade E.

A **modalidade E** compensa fundamentalmente a dispersión da poboación atendida e os desprazamentos que esta provoca, especialmente para a atención domiciliaria.

A **modalidade F**, en cambio, debe compensar o **illamento estrutural da propia localidade ou posto de traballo respecto dos principais núcleos de poboación e recursos sanitarios**.

Deste xeito, unha profesional pode prestar servizos nunha localidade moi illada aínda que a poboación do seu territorio non presente un elevado grao de dispersión. E, á inversa, pode existir unha elevada dispersión nun territorio situado relativamente preto dun hospital ou dun núcleo urbano.

Por iso, **ambas modalidades responden a circunstancias diferentes e son compatibles entre si**.

Tamén debe diferenciarse da modalidade G: mentres a F compensa o **illamento xeográfico da localidade**, a G compensa a **soidade profesional** derivada da ausencia doutro profesional da mesma categoría no ámbito establecido.

ESPECIAL IMPORTANCIA PARA AS POLÍTICAS DE COBERTURA DO RURAL

A modalidade F non debe concibirse unicamente como unha compensación pasiva por unha condición xeográfica. Tamén pode desempeñar unha función activa dentro da política de recursos humanos do SERGAS.

Os destinos afastados dos principais núcleos urbanos e hospitalarios poden presentar maiores dificultades de cobertura y menor capacidade para atraer ou reter profesionais.

Se o sistema sanitario precisa garantir a presenza estable de profesionais nestes territorios, resulta coherente que as condicións retributivas **compensen adecuadamente o menor atractivo obxectivo asociado ao illamento**.

Neste sentido, o incremento da modalidade F pode contribuír a:

- aumentar o atractivo dos destinos rurais e afastados;
- favorecer a permanencia dos profesionais;
- reducir a rotación e a cobertura temporal reiterada;
- facilitar a estabilización dos equipos;
- e garantir unha Atención Primaria accesible con independencia do territorio de residencia da cidadanía.

Esta finalidade xa estaba expresamente presente nas propostas anteriores de AGEFEC, nas que se reclamaba a actualización da modalidade F para **promover e incentivar as prazas rurais e de difícil cobertura**.

O ILLAMENTO É O MESMO PARA MEDICINA E ENFERMARÍA

Se unha enfermeira e un médico de familia prestan servizos no mesmo centro de saúde, **a distancia ao hospital de referencia, aos grandes núcleos de poboación e aos recursos da organización é exactamente a mesma para ambos**.

Por tanto, non existe unha razón vinculada ao propio concepto de illamento que xustifique que este factor teña unha valoración substancialmente diferente en función da categoría profesional.

O complemento non está destinado a retribuír unha competencia médica ou enfermeira, senón **unha condición territorial do posto de traballo**.

PROPOSTA DA AGEFEC

Modalidade F. Illamento da localidade.

Propónse incrementar a contía da modalidade F aplicable ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria, co obxecto de compensar adecuadamente as especiais condicións derivadas do desempeño de postos situados en localidades afastadas dos grandes núcleos de poboación e dos centros hospitalarios de referencia.

O illamento constitúe unha característica obxectiva do posto de traballo que dificulta o acceso inmediato aos recursos asistenciais e de apoio, condiciona a cobertura de ausencias e incidencias e diminúe o atractivo destes destinos para os profesionais.

Esta modalidade debe configurarse, ademais, como un **instrumento de incentivación, captación e fidelización de profesionais en zonas rurais, afastadas e de difícil cobertura**, contribuíndo á estabilidade dos equipos e á garantía da equidade territorial no acceso aos servizos sanitarios.

Dado que o illamento xeográfico é unha circunstancia común a todos os profesionais que prestan servizos nunha mesma localidade, **non resulta xustificada unha diferenza retributiva substancial segundo a categoría profesional**.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

Por este motivo, AGEFEC propón que a contía da modalidade F correspondente á enfermaría **se equipare na súa totalidade á establecida para medicina de familia, tendendo** á súa equiparación, e que as sucesivas actualizacións manteñan esta proporcionalidade, evitando que volva xerarse unha fenda retributiva.

A modalidade F será aplicable nas mesmas condicións ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria e será compatible co resto das modalidades que correspondan, particularmente coa modalidade E de dispersión xeográfica e coa modalidade G de soidade profesional, ao compensaren circunstancias diferentes.

Se o illamento é unha característica do territorio, non pode valer a metade segundo a categoría do profesional que traballa nel.

Modalidade G: Soidade profesional.

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICO-NORMATIVA

A modalidade G do factor fixo de produtividade de Atención Primaria foi creada polo **Decreto 226/1996, do 25 de abril**, para retribuír o desempeño de postos de traballo en condicións de soidade profesional. A norma define esta circunstancia como aquela na que **non existe outro médico xeral ou enfermeira que preste servizos no mesmo concello**.

Polo tanto, a finalidade orixinaria da modalidade é compensar unha condición específica do posto: **ser o único profesional da súa categoría nun determinado ámbito territorial**.

Desde a súa creación existiu xa unha diferenza importante entre categorías. O Decreto 226/1996 establecía para medicina de familia **30.000 pesetas mensuais**, mentres que para enfermaría fixaba **15.000 pesetas mensuais**, é dicir, exactamente a metade, pese a que a circunstancia compensada —ser o único profesional da categoría no concello— era conceptualmente a mesma.

Esta diferenza histórica resulta especialmente relevante porque permite explicar que o desequilibrio actual non deriva necesariamente dunha distinta intensidade da soidade profesional, senón dunha **valoración retributiva de orixe diferente segundo a categoría profesional**.

A SOIDADE PROFESIONAL É UNHA CONDICIÓN OBXECTIVA DO POSTO

A modalidade G non retribúe unha determinada competencia médica ou enfermeira. Retribúe unha característica organizativa concreta: **a inexistencia doutro profesional da mesma categoría co que compartir ou redistribuír a actividade dentro do concello**.

No caso dunha enfermeira que é a única profesional de enfermaría nun concello, esta circunstancia implica unha menor capacidade para:

- compartir ou redistribuír actividade asistencial;
- organizar coberturas ante ausencias;
- repartir atención domiciliar e incidencias;
- realizar intersubstitución dentro do propio ámbito;
- consultar ou contrastar aspectos profesionais con outro compañeiro da mesma categoría;
- e organizar determinadas actividades de forma compartida.

A soidade profesional comporta, polo tanto, unha **maior vulnerabilidade organizativa do posto** e unha maior dependencia da presenza dunha única profesional para manter a continuidade asistencial.

ESPECIAL REPERCUSIÓN SOBRE A CONTINUIDADE DOS COIDADOS

Esta circunstancia ten unha relevancia especial na enfermaría de Atención Primaria pola natureza lonxitudinal da asistencia.

A enfermeira mantén o seguimento continuado da poboación asignada, realiza atención domiciliaria, actividades preventivas, seguimento de persoas con cronicidade, fraxilidade ou dependencia e outras intervencións que precisan continuidade.

Cando existe unha única enfermeira no concello, a organización dispón de **menor capacidade interna para repartir esta actividade ou dar resposta ás ausencias**, polo que a estabilidade dese posto resulta especialmente importante para garantir a continuidade dos coidados.

A modalidade G debe, por tanto, compensar non só a percepción individual de traballar en solitario, senón unha **condición estrutural de maior responsabilidade organizativa e menor capacidade de apoio entre profesionais da mesma categoría**.

UNHA FINALIDADE TAMÉN LIGADA Á COBERTURA DOS POSTOS RURAIS

A soidade profesional adoita concentrarse en ámbitos rurais e con menor dotación de persoal, precisamente aqueles que poden presentar maiores dificultades para a captación e permanencia dos profesionais.

Por iso, ao igual que a modalidade F, a modalidade G debe cumprir tamén unha función de **incentivación e fidelización**.

Un posto no que a profesional sabe que será a única enfermeira do concello pode resultar menos atractivo que outro no que existe un equipo con varios profesionais da mesma categoría. Se esa circunstancia non recibe unha compensación suficiente, o propio sistema retributivo pode dificultar aínda máis a cobertura estable destes destinos.

NECESIDADE DE CORRIXIR A DIFERENZA RESPECTO DE MEDICINA DE FAMILIA

Aquí empregaría o mesmo principio que na modalidade F, aínda con máis forza.

Na modalidade G, a circunstancia que activa o complemento é practicamente idéntica para ambas categorías:

un único médico no concello → soidade profesional.
unha única enfermeira no concello → soidade profesional.

Non resulta coherente que esa mesma condición teña unha valoración moi inferior para enfermaría.

A proposta non pretende equiparar funcións profesionais distintas, senón **equiparar ou aproximar a compensación dunha mesma condición obxectiva do posto de traballo.**

DIFERENCIACIÓN RESPECTO DAS MODALIDADES “D-E-F”

Modalidade	Circunstancia que compensa
D	Baixa poboación que impide alcanzar unha cota mínima de TIS
E	Dispersión xeográfica da poboación e desprazamentos asistenciais
F	Illamento da localidade respecto dos grandes núcleos e centros hospitalarios
G	Ausencia doutro profesional da mesma categoría no concello

PROPOSTA DA AGEFEC

Modalidade G. Soidade profesional.

Proponse incrementar a contía da modalidade G correspondente ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria, coa finalidade de compensar adecuadamente o desempeño de postos nos que non exista outro profesional de enfermaría no mesmo concello.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

A soidade profesional determina unha menor capacidade para compartir e redistribuír actividade, organizar coberturas, repartir atención domiciliaria e incidencias e garantir substitucións internas, incrementando a vulnerabilidade organizativa do posto e a importancia da permanencia do profesional para asegurar a continuidade asistencial.

Esta circunstancia adquire especial relevancia nos ámbitos rurais e de menor dotación profesional, polo que a modalidade G debe configurarse tamén como unha medida de **captación, incentivación e fidelización de profesionais en postos rurais e de difícil cobertura**.

Dado que a condición que se compensa é a mesma —a inexistencia doutro profesional da propia categoría no concello—, non resulta xustificada a importante diferenza histórica existente entre medicina de familia e enfermaría.

AGEFEC propón, por tanto, que a modalidade G de enfermaría **se equipare na súa totalidade á da contía establecida para medicina de familia**, e que as sucesivas actualizacións manteñan esta proporcionalidade.

Esta modalidade será aplicable nas mesmas condicións ao persoal enfermeiro xeralista e especialista de Atención Primaria e será compatible coas modalidades D, E e F cando concorran simultaneamente os respectivos requisitos, ao compensaren circunstancias diferentes do posto.

A soidade profesional é a mesma cando existe un único médico que cando existe unha única enfermeira: o que se compensa é a ausencia doutro profesional da mesma categoría, non a categoría profesional en si.

Modalidade H: Postos de Xefatura e Coordinación

A modalidade H da produtividade fixa específica de Atención Primaria está destinada a retribuír o desempeño de **xefaturas de unidade ou servizo e outros cargos de responsabilidade**. Por tanto, a súa contía debe responder ao **nivel real de responsabilidade organizativa e de xestión asumido polo posto**, e non á categoría profesional de procedencia.

As convocatorias recentes do SERGAS para postos de **Coordinador/a de Servizo de Enfermaría de Atención Primaria** confirman que se trata de postos cun contido funcional claramente directivo e organizativo. Entre as funcións atribuídas figuran a **programación, execución e avaliación da actividade do persoal de enfermaría; a organización e supervisión da actividade; a xestión dos recursos necesarios; a elaboración de información organizativa e de xestión; a promoción do traballo en equipo e da integración do novo persoal; e a participación na avaliación da actividade e das competencias profesionais**.

A responsabilidade do posto abrangue ademais o correcto desenvolvemento das actividades propias do servizo, a atención integral á persoa e á comunidade, a participación comunitaria, a formación, a investigación e a vixilancia dos problemas prioritarios de saúde. A isto engádese un elemento especialmente relevante: **o exercicio da coordinación non substitúe necesariamente a actividade asistencial ordinaria**, polo que a persoa coordinadora debe compatibilizar as funcións propias da súa praza básica coas responsabilidades adicionais de organización e xestión.

Esta acumulación de funcións evidencia que a Coordinación de Servizo non constitúe unha mera tarefa administrativa, senón un posto de **responsabilidade efectiva sobre profesionais, actividade, recursos e funcionamento global do servizo**.

A complexidade increméntase, ademais, nun contexto no que os servizos de enfermaría de Atención Primaria integran profesionais xeralistas e especialistas, diferentes ámbitos

asistenciais e actividade de consulta, domiciliaria, comunitaria, preventiva e de coordinación con outros dispositivos.

Por este motivo, AGEFEC considera que a **Coordinación de Servizo de Enfermaría debe equipararse, na modalidade H, á Xefatura de Servizo**, xa que o concepto retributivo pretende compensar precisamente o exercicio dunha responsabilidade organizativa adicional.

PROPOSTA DA AGEFEC

Equiparar a contía da modalidade H correspondente aos postos de **Coordinador/a de Servizo de Enfermaría de Atención Primaria coa establecida para as Xefaturas de Servizo**, atendendo á responsabilidade efectiva sobre a organización, supervisión, avaliación e funcionamento do servizo.

Esta equiparación será independente das melloras que correspondan no complemento de destino e no complemento específico, ao tratarse de conceptos retributivos con finalidades diferentes.

“A modalidade H remunera responsabilidade de xestión. Se a Coordinación de Servizo asume funcións efectivas de organización, supervisión, avaliación e dirección funcional do servizo, a súa valoración económica debe ser coherente con ese nivel de responsabilidade.”

Modalidade J: complemento de Intersubstitución

CONTEXTUALIZACIÓN E FINALIDADE

A modalidade J ten por finalidade **retribuír o incremento efectivo de carga asistencial que se produce cando un profesional debe asumir, ademais da súa propia actividade, a atención correspondente a outro profesional da mesma categoría que se atopa ausente e non foi substituído.**

O Acordo de Atención Primaria de 2008 xa estableceu que a cobertura das ausencias debía realizarse, por orde, mediante persoal temporal, prolongación de xornada e, finalmente, intersubstitución, dando prioridade para esta última ao persoal que manifestase a súa voluntariedade.

O complemento recoñece expresamente este incremento de actividade para medicina de familia, pediatría, odontoloxía, enfermaría e fisioterapia cando se atende a cota de pacientes doutro profesional ausente. Para ter dereito á retribución esíxese que a ausencia non estea cuberta por persoal temporal ou outros mecanismos e que exista **participación efectiva na cobertura da actividade do profesional ausente.**

O PROBLEMA: FÓRMULAS DIFERENTES PARA UNHA MESMA SOBRECARGA ASISTENCIAL

A regulación histórica estableceu sistemas distintos segundo a categoría.

Para medicina de familia, o compoñente caputivo calculábase a partir da **contía media diaria das modalidades A a G** do profesional ausente, repartida entre os profesionais que asumían a prestación. En cambio, para enfermaría o cálculo se vinculaba ao **número de cartillas asignadas á unidade dividido entre os profesionais**, excluindo os ausentes.

Esta diferenciación perde aínda máis sentido coa proposta de AGEFEC de evolucionar cara a un sistema de **TIS individualmente asignadas e axustadas por idade.** Se é posible

identificar a cota e a produtividade vinculada á profesional ausente, non existe razón para manter para enfermaría unha fórmula baseada na antiga media de cartillas da unidade.

O que se está retribuíndo é a mesma circunstancia: **asumir a actividade e responsabilidade asistencial dun profesional que non está presente.**

A INTERSUBSTITUCIÓN NON É SIMPLEMENTE «REPARTIR PACIENTES»

A ausencia dun profesional implica que os restantes membros do servizo deben integrar esa actividade dentro da súa xornada ordinaria mantendo simultaneamente a atención á súa propia poboación.

No caso da enfermaría, isto pode supoñer asumir consultas programadas e non programadas, seguimento de persoas con cronicidade, curas e procedementos, atención domiciliaria, actividades preventivas e seguimentos que non poden demorarse ata a reincorporación da profesional ausente.

Polo tanto, a compensación debe gardar relación coa **carga asistencial realmente asumida**, e non cunha fórmula histórica baseada exclusivamente no número medio de cartillas.

Tamén deben revisarse os conceptos que integran o complemento

O Acordo de 2008 estableceu que á parte capítativa da intersubstitución se lle engadise o **70 % do soldo base, complemento de destino e produtividade fixa de percepción xeral**, coa posibilidade de alcanzar o 100 % en determinados supostos de maior carga, logo de valoración da xerencia. Actualmente o criterio en vigor segundo o manual de coberturas de Atención Primaria é do 100%.

Esta regulación xa recoñece un principio importante: **canto maior é a carga efectivamente asumida, maior debe ser a compensación.**

AGEFEC considera que este criterio debe simplificarse e homoxeneizarse, evitando que unha mesma prestación extraordinaria teña diferente valoración segundo a categoría profesional ou dependa de mecanismos distintos de cálculo.

PROPOSTA DA AGEFEC

Modalidade J. Complemento de intersubstitución.

Propónse revisar a modalidade J para garantir que o persoal enfermeiro que asuma efectivamente a actividade correspondente a outro profesional ausente e non substituído perciba unha compensación calculada cos **mesmos criterios aplicables ás restantes categorías de Atención Primaria**.

No novo modelo baseado en TIS individualmente asignadas e axustadas por idade, a parte capitativa da intersubstitución deberá calcularse tomando como referencia a **produtividade fixa específica correspondente á profesional ausente**, e non mediante a antiga fórmula baseada na media de cartillas da unidade.

A contía correspondente repartirase entre os profesionais que efectivamente asuman a actividade, en proporción á cobertura realizada.

Así mesmo, AGEFEC propón a **equiparación dos conceptos e porcentaxes retributivos incluídos no complemento de intersubstitución**, evitando diferenzas segundo a categoría profesional e recoñecendo adecuadamente a carga adicional asumida.

En consecuencia, a intersubstitución da enfermaría debe incorporar tanto a parte correspondente ás modalidades de produtividade fixa específica que procedan como os restantes conceptos retributivos establecidos para a compensación da ausencia, aplicando criterios uniformes e obxectivos para todas as categorías.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

Conceptos incluídos na intersubstitución:

- Soldo base
- Complemento de destino
- Complemento específico
- Produtividade fixa xeral
- Modalidades da A a G

Se a profesional ausente ten unha carga asistencial e unha retribución asociadas ao seu posto, quen asume efectivamente esa carga durante a súa ausencia debe percibir a compensación correspondente, con iguais criterios que o resto das categorías de Atención Primaria.

Produtividade ou Factor Variable (CPV, ADX, obxectivos).

SITUACIÓN E FINALIDADE DO COMPLEMENTO

O complemento de produtividade variable por cumprimento de obxectivos (CPV), habitualmente vinculado aos **ADX**, pretende incentivar e retribuír a participación dos profesionais nos obxectivos e programas establecidos polo SERGAS, en función do grao de cumprimento acadado.

A propia regulación de Atención Primaria establece que os obxectivos e o seu seguimento deben ser **específicos das competencias profesionais desenvolvidas en cada posto**, cunha asignación individual vinculada ao seu grao de cumprimento.

Polo tanto, resulta plenamente xustificado que medicina e enfermaría teñan **indicadores diferenciados segundo as súas competencias**. O que non deriva desa diferenciación funcional é que o valor económico máximo do cumprimento dos obxectivos sexa radicalmente distinto.

DESIGUALDADE RETRIBUTIVA ACTUAL

A Orde de confección de nóminas de 2026 establece no seu anexo XVI as seguintes contías máximas anuais para Atención Primaria:

Categoría AP	CPV máximo anual	Anticipo 50 %	Anticipo mensual
Médico/a xeral AP	2.490,96 €	1.245,48 €	103,79 €
Pediatra AP	2.490,96 €	1.245,48 €	103,79 €
Enfermeiro/a AP	375,12 €	187,56 €	15,63 €

A diferenza entre medicina de familia e enfermaría ascende a **2.115,84 € anuais**. A contía máxima asignada á enfermaría representa só arredor do **15 % da correspondente a medicina de familia**; dito doutra maneira, a contía médica é aproximadamente **6,6 veces superior**.

Esta diferenza non se corrixiu coa actualización recente do CPV. O acordo retributivo publicado en 2026 incrementou nun 2,5 % as contías de 2025 e estableceu que no futuro se actualicen conforme aos incrementos xerais das retribucións. Esta medida actualiza as cantidades, pero, ao aplicarse sobre as bases existentes, **mantén a distancia relativa entre categorías**.

XUSTIFICACIÓN DA PROPOSTA DA AGEFEC

O cumprimento dos obxectivos de Atención Primaria depende dunha actuación necesariamente **multiprofesional**. Moitos resultados asistenciais relacionados coa prevención, promoción da saúde, seguimento da cronicidade, atención domiciliaria, adherencia, vacinación, control de factores de risco ou continuidade dos coidados requiren a participación directa da enfermaría.

Por este motivo, AGEFEC considera difícil xustificar que o cumprimento satisfactorio dos obxectivos profesionais dunha enfermeira teña unha valoración económica moi inferior ao cumprimento dos obxectivos profesionais dun médico da mesma unidade.

A proposta non implica que **médicos e enfermeiras deban ter os mesmos indicadores**. Pola contra, estes deben responder ás competencias e responsabilidades de cada profesión. O que se propón equiparar é **o valor económico atribuído ao cumprimento dos obxectivos**.

Esta formulación é coherente coa proposta histórica de AGEFEC de considerar a **Unidade Básica Asistencial médico/a-enfermeiro/a** como referencia para os ADX e de eliminar a importante diferenza económica existente entre ambas profesións.

Ademais, para que o CPV cumpra realmente a súa finalidade incentivadora, os obxectivos deben ser **coñecidos desde o inicio do período de avaliación, medibles, alcanzables e vinculados ás competencias reais do profesional**, debendo a Administración facilitar os recursos, ferramentas e formación necesarios para poder alcanzalos.

PROPOSTA DA AGEFEC

Produtividade variable por cumprimento de obxectivos (CPV/ADX).

Propónse a **equiparación da contía máxima anual do complemento de produtividade variable do persoal enfermeiro de Atención Primaria coa establecida para medicina de familia**, aplicable tanto ao persoal enfermeiro xeralista como especialista.

Esta equiparación económica non implica a identidade dos indicadores de avaliación. Os obxectivos deberán definirse conforme ás **competencias propias de cada profesión**, garantindo indicadores especificamente enfermeiros e vinculados á



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

actividade e aos resultados sobre os que estes profesionais teñan capacidade efectiva de intervención.

Os ADX deberán establecerse e comunicarse **ao inicio de cada exercicio**, establecendo este entre os meses de marzo de cada ano, con criterios claros, medibles e alcanzables, e acompañarse dos recursos, sistemas de información e formación necesarios para o seu cumprimento.

Manterase o sistema de **anticipo do 50 % da contía**, distribuído mensualmente, coa liquidación da parte restante en función do grao de cumprimento dos obxectivos ao peche do período de avaliación.

AGEFEC propón, en consecuencia, que a **Unidade Básica Asistencial médico/a-enfermeiro/a** teña unha valoración económica equivalente no CPV, aínda que os obxectivos e indicadores asignados a cada profesional sexan específicos das súas respectivas competencias.

Os obxectivos poden e deben ser diferentes porque as competencias profesionais son diferentes; o que non resulta proporcionado é que alcanzar os obxectivos propios da enfermaría se valore economicamente nun 15 % do que se valora o cumprimento dos obxectivos de medicina de familia.

Cadro resumo das propostas de mellora retributiva

Concepto retributivo	Proposta AGEFEC	Criterio / contía proposta
Complemento de destino – Coordinador/a de Servizo	Incrementar o nivel asignado á Coordinación de Servizo de Enfermaría.	Nivel 24 , recoñecendo a responsabilidade organizativa e diferenciándoo do posto asistencial/especialista.
Complemento específico – Enfermaría AP	Crear/revisar un complemento específico que recoñeza as particulares condicións do posto de enfermaría de AP.	Valorar dificultade técnica, responsabilidade, dedicación, incompatibilidade/exclusividade cando proceda, perigosidade e penosidade , incluída a atención domiciliaria, comunitaria e as actuacións fóra do centro sanitario.
Complemento específico – EFeC	Recoñecemento específico adicional dos postos de especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria.	A contía deberá reflectir a cualificación especializada, maior complexidade e responsabilidade profesional . Contía definitiva pendente de concretar.
Complemento específico – Coordinación de Servizo	Adecuar o complemento específico á responsabilidade real do posto.	Tomar como referencia a Supervisor/a de Área Funcional , pola responsabilidade sobre persoal e organización, sen prexuízo de valorar outras equivalencias.
Produtividade fixa xeral – enfermeira/o xeralista AP	Equiparación coa enfermeira/o asistencial hospitalario equivalente.	Pasar de 54,48 €/mes a 168,75 €/mes .



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

Concepto retributivo	Proposta AGEFEC	Criterio / contía proposta
Produtividade fixa xeral – EFeC	Equiparación co resto das categorías de enfermeiro/a especialista.	Pasar de 54,48 €/mes a 185,09 €/mes.
Modalidade A – TIS	Substituír o actual sistema por tramos e integrar as modalidades A, B e C nunha única modalidade baseada en TIS axustadas por idade (TAI).	0,375987 €/TAI/mes. Recuperar a ponderación do borrador SERGAS 2017: 0–1 ×4,5; 1–2 ×3; 3–6 ×1,5; 7–64 ×1; 65–79 ×2,5; ≥80 ×4,5; pensionistas <65 ×2. Incluir TIS individuais + parte proporcional das non asignadas da unidade.
Modalidade B	Desaparición como modalidade independente.	A maior carga asociada á idade/pensionista intégrase na TAI da nova modalidade A.
Modalidade C	Desaparición como modalidade independente e incorporación efectiva da poboación pediátrica á retribución enfermeira.	A maior carga pediátrica intégrase mediante os coeficientes de idade da modalidade A.
Modalidade D – garantía mínima de TIS	Estendela á enfermaría xeralista e especialista de AP para evitar perda retributiva en territorios despoboados.	Garantir unha cota mínima sobre a que calcular a retribución. Pendente decidir definitivamente a referencia: 1.050 ou 1.200 TIS/TAI.
Modalidade E – dispersión xeográfica	Incrementar substancialmente o peso da dispersión pola importancia dos desprazamentos e da atención domiciliaria enfermeira.	Grao I: 75 % da modalidade A; Grao II: 85 %; Grao III: 100 %. Se presta asistencia en máis dun municipio → grao III. +10 % da modalidade A por cada unidade adicional á que se desprace.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

Concepto retributivo	Proposta AGEFEC	Criterio / contía proposta
Modalidade F – illamento da localidade	Incrementar a compensación e utilizala tamén como incentivo para postos rurais e de difícil cobertura.	Contía de enfermaría equiparación total o da correspondente a medicina de familia.
Modalidade G – soidade profesional	Incrementar a compensación cando non exista outro profesional de enfermaría no concello.	Equiparación total a da contía de medicina de familia. Compatible con D, E e F por compensaren circunstancias distintas.
Modalidade H – Coordinación de Servizo	Equiparar a valoración da responsabilidade de Coordinación de Servizo coa Xefatura de Servizo.	Coordinador/a de Servizo de Enfermaría = Xefatura de Servizo na modalidade H. Fundaméntase nas funcións reais de planificación, organización, supervisión, avaliación, xestión de recursos e persoal, mantendo ademais actividade asistencial.
Modalidade J – intersubstitución	Eliminar o sistema específico desfavorable para enfermaría e aplicar criterios homoxéneos co resto das categorías.	Calcular a compensación sobre a carga e produtividade correspondente á profesional ausente , no novo modelo de TAI, e incluír en igualdade de condicións os demais conceptos e porcentaxes retributivos aplicables. Reparto proporcional entre quen asuma efectivamente a actividade.
CPV / ADX / produtividade variable	Equiparar o valor económico máximo do cumprimento de obxectivos de enfermaría co de medicina de familia.	2.490,96 €/ano , mantendo obxectivos e indicadores específicos das competencias enfermeiras . Anticipo do 50 % distribuído mensualmente e



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

		liquidación posterior segundo cumprimento.
Concepto retributivo	Proposta AGEFEC	Criterio / contía proposta
ADX – definición de obxectivos	Mellorar o sistema de fixación e avaliación dos obxectivos.	Obxectivos definidos desde o inicio do exercicio , claros, medibles, alcanzables e dependentes da actuación profesional; proporcionar recursos, sistemas de información e formación necesarios.
Carreira profesional – titorización EFeC	Incorporar EFeC ao réxime previsto para a titorización de formación sanitaria especializada.	Inicial → grao I con 2 anos de titorización; grao III → IV con 5 anos efectivos durante o grao III. Converter a medida en permanente.
Funcións docentes EFeC	Retribuír especificamente as responsabilidades docentes adicionais, independentemente do recoñecemento en carreira.	Retribución de titor/a principal, titor/a de apoio, presidencia da Subcomisión de Enfermaría e coordinación de residentes , segundo responsabilidade asumida.

Propostas de mellora para Coordinadores/as de Servizo

Concepto	Proposta AGEFEC	Xustificación
Complemento de destino	Elevar o posto de Coordinador/a de Servizo ao nivel 24 .	Recoñecer o nivel de responsabilidade organizativa, a complexidade do servizo e a coordinación de profesionais xeralistas e especialistas. Esta proposta xa figura nas premisas retributivas de AGEFEC.
Complemento específico	Equiparar o complemento específico do Coordinador/a de Servizo, como mínimo, ao de Supervisor/a de Área Funcional , atendendo á responsabilidade e volume de persoal xestionado.	O posto incorpora responsabilidades de organización, supervisión, planificación, xestión de persoal e recursos, ademais da actividade asistencial que corresponda. AGEFEC xa viña propoñendo esta equiparación.
Modalidade H	Equiparar a contía da Coordinación de Servizo á Xefatura de Servizo .	A modalidade H retribúe precisamente o exercicio de xefaturas e cargos de responsabilidade. As funcións reais do coordinador comportan responsabilidade efectiva sobre a organización e funcionamento do servizo. AGEFEC xa recollía expresamente esta proposta.
Exercicio temporal da coordinación en funcións	Retribuír integramente as funcións de coordinación durante todo o período no que outro profesional asuma efectivamente o posto.	A responsabilidade e as funcións existen desde o momento en que se exercen, con independencia de que o nomeamento sexa definitivo, temporal ou en funcións.



AGEFEC

Asociación Galega de Enfermaría
Familiar e Comunitaria

Concepto	Proposta AGEFEC	Xustificación
Substitución temporal do titular	Cando un profesional substitúa temporalmente o Coordinador/a titular, percibirá durante ese período modalidade H + complemento de destino nivel 24 + complemento específico de Coordinador/a .	Evita que se asuman responsabilidades superiores sen a correspondente contraprestación económica.
Período entre o cesamento do titular e a resolución dunha nova convocatoria	O profesional designado para exercer a coordinación durante ese intervalo percibirá a totalidade das retribucións asociadas ao posto mentres desempeñe efectivamente esas funcións.	A demora administrativa na provisión do posto non debe trasladarse economicamente ao profesional que garante a continuidade da coordinación.
Posto vacante tras convocatoria deserta	Se unha convocatoria queda deserta e un profesional interino ou temporal asume formalmente as funcións de Coordinación, terá dereito a percibir modalidade H + nivel 24 + complemento específico de Coordinador/a durante todo o período de desempeño.	A retribución debe vincularse ás funcións e responsabilidade realmente exercidas , non á natureza fixa ou temporal do vínculo laboral.

En A Coruña, a 4 de outubro de 2026.