



**RESOLUCION 2514/07 DE 14 DE DICIEMBRE DE 2007 DE LA DIRECCION GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, DE MODIFICACIÓN DE LA RESOLUCION 2215/07, DE 20 DE AGOSTO DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS SOBRE COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD, FACTOR VARIABLE, AL RENDIMIENTO PROFESIONAL POR CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS.**

La Resolución 2215/07, de 20 de agosto de la Dirección Gerencia del SAS sobre Complemento de Productividad, factor variable, al Rendimiento Profesional por consecución de Resultados, viene a unificar ordenadamente los sistemas de incentivos constituidos por el Complemento al Rendimiento Profesional (CRP) y Unidades de Gestión Clínica (UGC). Para ello establece un nuevo modelo de distribución de incentivos y los procedimientos que lo regulan aprobado tras la correspondiente negociación con las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad.

Una revisión posterior, aconseja realizar algunas modificaciones en determinados aspectos para dotarla de mayor coherencia y adaptarla de una forma más cercana a la realidad de nuestros Centros.

En virtud de lo anterior, esta Dirección Gerencia, en uso de las atribuciones que tiene conferidas conforme a lo dispuesto en el Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

**RESUELVE**

Primero. Se modifica el ámbito de distribución de los remanentes que en el punto tercero de la Resolución 2215/07 de 20 de agosto, sobre Sistema de Distribución, se establecía con carácter autonómico, y por grupos en el caso de hospitales quedando redactado en los siguientes términos:

“El ámbito de reparto de la bolsa de remanentes generada en cada Centro, será el propio Centro, para las unidades de Atención Primaria, Hospitales y CTS, dentro de cada grupo (Asistenciales y No Asistenciales).

Segundo. Se modifica el Anexo II sobre productividad al rendimiento profesional para profesionales incluidos en Unidades de Gestión Clínica, quedando redactado de la manera que sigue:

<b>CATEGORÍA UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS <sup>(*)</sup>(**)</b>	<b>2007</b>
DIRECTOR/A DE LA UGC	11.720,09
LICENCIADO SANITARIO JEFE DE SERVICIO/ COORDINADOR ÁREA SALUD MENTAL	11.010,00
LICENCIADO SANITARIO JEFE DE SECCIÓN/ COORDINADOR UNIDAD SALUD MENTAL	8.343,14



LICENCIADO SANITARIO	6.292,48
DIPLOMADO SANITARIO CARGO INTERMEDIO	4.642,64
DIPLOMADO SANITARIO	3.043,75
TÉCNICOS SUPERIORES SANITARIOS	1.715,24
TÉCNICOS SANITARIOS	1.074,45
LICENCIADOS DE GESTIÓN Y Sº	5.177,98
DIPLOMADOS DE GESTIÓN Y Sº	2.955,87
TÉCNICOS SUPERIORES DE GESTIÓN Y Sº	1.715,24
TÉCNICOS/SUPERIORES DE GESTIÓN Y Sº JEFE GRUPO ADMINISTRATIVO	2.835,26
TÉCNICOS DE GESTIÓN Y Sº JEFE EQUIPO ADMINISTRATIVO	2.387,32
TÉCNICOS DE GESTIÓN Y Sº	1.074,45
OTRO PERSONAL DE GESTIÓN Y Sº	976,01

(\*) Los importes de la tabla se verán incrementados en 2008 en la misma proporción que el CRP.

(\*\*) Los Puestos y/o categorías que no aparezcan en el Anexo II, se registrarán por lo establecido en el Anexo I.

Sevilla 14 de diciembre de 2007



**EL DIRECTOR GERENTE**  
**Fdo. Juan Carlos Castro Álvarez**



**INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2215/07, DE 20 DE AGOSTO DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS SOBRE COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD, FACTOR VARIABLE, AL RENDIMIENTO PROFESIONAL POR CONSECUCCIÓN DE RESULTADOS, MODIFICADAS POR LA RESOLUCIÓN 2514/07 DE 14 DE DICIEMBRE.**

El 20 de agosto de 2007 se aprueba la Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud que recoge la unificación del modelo de incentivos del CRP y los incentivos de las UGC en un único modelo de incentivos para todos los profesionales estatutarios del SAS, modificada posteriormente mediante Resolución 2514/07 de 14 de diciembre.

Las unidades asistenciales en las cuáles se agrupan los profesionales del SAS se conformarán de la siguiente forma:

En Atención Primaria: Las Unidades de Gestión Clínica que firmen el correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica según el modelo establecido en el Contrato Programa 2008 y Las Unidades de EBAP que no hayan procedido a la firma de un Acuerdo de Gestión Clínica, y a los cuales se les establecerán los objetivos mediante el correspondiente Acuerdo de Objetivos.

En Hospitales: Las Unidades de Gestión Clínica que firmen el correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica según el modelo establecido en el Contrato Programa 2008 y los Servicios/Secciones que no hayan procedido a la firma de un Acuerdo de Gestión Clínica, y a los cuales se les establecerán los objetivos mediante el correspondiente Acuerdo de Objetivos.

En CTS: Las Unidades firmaran el correspondiente acuerdo de objetivos.

En todas las unidades asistenciales se definirán y cuantificarán los objetivos concretos que serán de aplicación en el ejercicio 2008. Cada objetivo deberá especificar como mínimo su descripción, fórmula o metodología de evaluación, tipo de objetivo (cualitativo o cuantitativo), peso de cada objetivo en el contexto global del acuerdo, y la fuente para medir ese objetivo.

Los objetivos serán cuantificados y en su caso definidos por los Distritos, Hospitales, AGS y CTS correspondiente, pactados con las unidades asistenciales y en el marco establecido por los SSCC a través del contrato programa, de las resoluciones 2215/07 y 2514/07 y de las presentes instrucciones.

Los objetivos se agrupan en las Dimensiones: Actividad-rendimiento; Accesibilidad; Seguridad del paciente; Indicadores clínicos y normas de calidad de los PAI's; Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de los procedimientos; Orientación a los ciudadanos; Prevención de la Enfermedad y Promoción y Protección de la Salud; Medida de la Satisfacción; Continuidad asistencial; Adecuación



de la prescripción y consumo de fármacos; Gestión de económica y de recursos; y Gestión profesionales y del Conocimiento. Estas representan las líneas estratégicas marcadas por la Organización. A cada dimensión y objetivos se le asignaran pesos ponderados a efectos de la evaluación de resultados.

Los objetivos pueden ser de dos tipos: comunes o específicos. Los objetivos comunes, como su propio nombre indica, son comunes a todas las unidades asistenciales y marcan las líneas estratégicas fundamentales de la organización y son establecidos en su definición por la Dirección Corporativa del SAS. Los objetivos específicos permiten adaptar los objetivos a las particularidades y a los retos reales de cada unidad, dentro de la variabilidad existente y en el marco también de las líneas de desarrollo estratégico del SAS. Para mantener una coherencia en la dificultad para alcanzar los objetivos, los específicos se deberán elegir entre los bancos de objetivos establecidos por los SSCC y respetando las funciones de valor y los pesos ponderados definidos en estos bancos para los objetivos que se elijan. Cada dimensión con objetivos específicos tendrá su correspondiente banco de objetivos.

Algunos de los objetivos específicos podrán ser de libre configuración. Estos objetivos podrán ser elegidos por las propias unidades y permitirán introducir aquellas innovaciones y metas no considerados previamente, incluso de líneas de avance diferentes a las establecidas en las dimensiones definidas.

Algunos de los objetivos comunes se definen como críticos y se refieren a cuestiones de especial trascendencia por afectar a derechos de los ciudadanos o a líneas estratégicas prioritarias. Todas las unidades que estén por debajo el valor mínimo en la función de valor de estos objetivos, conllevarán la no consecución del porcentaje de incentivos ligados a la dimensión correspondiente en la que se encuadre.

Para la correcta aplicación del mencionado modelo por parte de todos los Centros que componen el SAS, se dictan las siguientes

## INSTRUCCIONES

**1º Registro Único de Unidades:** Las unidades asistenciales así como sus objetivos deberán ser registrados en GERHONTE antes del 31 de enero de 2008, evitando duplicidades.

**2º Evaluación de los Objetivos de las Unidades del periodo 2007:** Una vez transcurrido el ejercicio en cuestión, y antes del 31 de marzo del año siguiente, se procederá a la evaluación. Esta se realizará de forma DESCENTRALIZADA en cada uno de los centros asistenciales del SAS. La responsabilidad de la EVALUACIÓN de los OBJETIVOS comunes y específicos, recaerá en el Director del Centro, siguiendo los criterios establecidos. Los SSCC del SAS se limitaran a velar por la correcta aplicación de la metodología que garantice el equilibrio entre consecución de resultados y evaluación o a prestar los apoyos informativos o de asesoría que fueran requeridos.

**3º Evaluación:** Será especialmente rigurosa la evaluación de los objetivos tanto de las UGC, como del resto de Unidades, con la única intención de que los resultados obtenidos, sean un fiel reflejo del grado de esfuerzo realizado por las Unidades y por los profesionales que las constituyen.

**4º Plazo para la Evaluación de los Objetivos de las Unidades del periodo 2007:** El plazo máximo para la evaluación de las unidades y su correcto registro en GERHONTE será el día 31 de marzo del 2008.

**5º Evaluación del Desempeño Profesional (EDP) del ejercicio 2007:** De la misma manera, el plazo máximo para la evaluación del desempeño profesional de TODOS los profesionales, tanto de UGC, como del resto de unidades será el de 31 de marzo de 2008.

**6º Plazos para la Mecanización Objetivos de las Unidades a partir del periodo 2008 en GERHONTE:** La fecha máxima para la mecanización de los objetivos en GERHONTE será el 28 de febrero del próximo año 2008.

**7º Comisión de Seguimiento:** Tal y como se define en el punto quinto de la Resolución 2215/07, se convocará la Comisión de Seguimiento del CRP coincidiendo con la evaluación de los objetivos y de la EDP del ejercicio 2007 y con la definición de objetivos de unidades para el periodo 2008.

**8º Comisión de Mejora:** Se constituirá una Comisión de Mejora a nivel Central, constituida por directivos, profesionales y expertos, encargada de valorar el desarrollo de la evaluación y proponer mejoras a la dirección corporativa del SAS. Estas comisiones se constituirán antes de la finalización del tercer trimestre de 2008.

**9º Definición de Objetivos:** Todos los objetivos deben ir encaminados a dar el mejor nivel posible de atención a los ciudadanos del SSPA, teniendo en cuenta las características del contexto local (problemas de salud más relevantes, estructura y necesidades de la población, recursos disponibles, etc.), y siguiendo las directrices marcadas por el contrato programa del SAS y sus centros asistenciales y especial atención merecen los objetivos que afectan a los derechos y garantías de los ciudadanos. Asimismo todos los objetivos irán encaminados a lograr una mayor eficiencia del SSPA.

## **INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA HOSPITALES**

**10º Dimensiones en las UGC:** Las UGC, tendrán las siguientes dimensiones:

1. Actividad-rendimiento.
2. Accesibilidad.
3. Seguridad del paciente (circunstancias adversas a la utilización hospitalaria).
4. Indicadores clínicos y normas de calidad de los PAI's.
5. Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de los procedimientos.
6. Orientación a los ciudadanos, medida de la satisfacción.

7. Continuidad asistencial.
8. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos.
9. Gestión de económica.
10. Gestión profesionales y del conocimiento (libre configuración).

Los objetivos comunes y específicos forman parte de los objetivos de las UGC en las dimensiones y con los pesos que su acuerdo de gestión determina, con la siguiente distribución:

Dimensión	Cuidados. Críticos. y Urgencias	Diagnóstico Imagen	Laboratorio Clín.	Farmacia	Hospital Día Médico y quirúrgico	Médica	Médico-quirúrgicas	Neonatología	Quirúrgica	Salud Mental
Actividad y rendimiento	10	20	25	15	15	10	10	10	15	10
Accesibilidad	5	20	20	0	10	15	15	0	20	15
Seguridad el Paciente (Circunstancias adversas a la utilización Hospitalaria)	5	5	5	5	10	5	5	15	5	5
Indicadores clínicos y normas de calidad	20	15	15	5	5	15	15	15	15	15
Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de procedimientos	5	10	10	15	10	5	5	15	5	5
Orientación al ciudadano y satisfacción	20	15	15	10	20	15	15	10	15	10
Continuidad Asistencial	10	0	0	15	20	10	10	20	10	15
Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos	15	5	0	25		15	15	5	5	15
Gestión Económica	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Gestión de profesionales y del conocimiento (libre configuración)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

**11º Definición de Objetivos en las UGC:** Cada una de estas dimensiones tendrá un mínimo de 2 objetivos hasta un máximo de 6 (incluidos comunes y específicos) tal como se establece en el Acuerdo de Gestión Clínica.

**12º Dimensiones de las Unidades no de Gestión Clínica:** Las dimensiones anteriormente reseñadas se han agrupado en cinco:

1. Actividad-rendimiento y accesibilidad
2. Planes y herramientas de mejora.
3. Orientación a los ciudadanos y personalización de la atención.
4. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos
5. Gestión de recursos, profesionales y del conocimiento.

**13º Definición de Objetivos de Unidades no de Gestión Clínica:** Cada Unidad Asistencial (Servicio o Sección) incluirá los objetivos comunes y específicos con la siguiente distribución

<b>Dimensiones</b>	<b>Nº Objetivos comunes</b>	<b>Nº Objetivos específicos</b>	<b>Nº Total Objetivos</b>
<b>Actividad/rendimiento y Accesibilidad</b>	2-3 Objetivos	1 Objetivo	3-4 Objetivos
<b>Planes y Herramientas de mejora</b>	2-3 Objetivos	1-2 Objetivos	3-5 Objetivos
<b>Orientación al ciudadano, satisfacción y Personalización de la Atención</b>	1-3 Objetivo	1 Objetivos	2-4 Objetivos
<b>Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos</b>	1-2 Objetivos	1-2 Objetivo	2-4 Objetivos
<b>Gestión de recursos, profesionales y del conocimiento</b>	1 Objetivos	1 Objetivos	2 Objetivos

La ponderación de las diferentes dimensiones será la siguiente:

Dimensión	Cuidados Críticos y Urgencias	Dco. por la Imagen	Farmacia	Laboratorio	Médica	Quirúrgica	Salud Mental	Preventiva y S. Pública
Actividad- rendimiento y Accesibilidad	15	40	30	45	25	35	25	45
Planes y Herramientas de mejora	30	30	25	30	25	25	25	30
Orientación al ciudadano, satisfacción y Personalización de la Atención	30	15	10	15	25	25	25	10
Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos	15	5	25	0	15	5	15	5
Gestión de profesionales y del conocimiento	10	10	10	10	10	10	10	10

Para las Unidades Asistenciales no configuradas como Unidades de Gestión Clínica, el conjunto de objetivos comunes supondrá el 60% del total del peso y los específicos el 40%. Con el fin de facilitar la definición de objetivos específicos, se seleccionaran de entre el banco de objetivo que se presenta como anexo a las presentes instrucciones. No obstante se permite incorporar a propuesta del centro y/o unidad objetivos específicos que incorporen aspectos e innovaciones no contempladas en las dimensiones anteriormente definidas.

**14º Número de Objetivos en las unidades no UGC:** Cada Unidad tendrá un total de entre 12 y 19 objetivos, como resultado de la suma de los comunes y los específicos, según el esquema recogido anteriormente.

**15º** Para cualquiera de las Unidades asistenciales, estén o no configuradas como UGC, estar por debajo el valor mínimo de la función de valor en los Objetivos relacionados con los Decretos de garantía y de adecuación de la prescripción y consumo de fármacos (principio activo y NTNR) determinará la pérdida de todo el peso de la dimensión correspondiente.

### **INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

**16º Dimensiones para las Unidades Asistenciales de Atención Primaria:** Las Dimensiones de las Unidades tanto UGC, como de los EBAP, son las siguientes:

1. Actividad, Oferta de Servicios y Accesibilidad a los mismos.
2. Seguridad del paciente.
3. Indicadores clínicos, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs).
4. Orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción.



5. Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos.
6. Continuidad asistencial.
7. Prevención, promoción y protección de la salud.
8. Gestión de recursos.
9. Gestión del conocimiento.

**17º Ponderación de objetivos comunes y específicos:** En el caso de las UGC, se establece una ponderación del 50% para los objetivos comunes y 50% para los específicos. En los EBAP, del 60% para objetivos comunes y el 40% para los objetivos específicos.

**18º Peso ponderado de las Dimensiones en las Unidades no de Gestión Clínica:** En el caso de las unidades no constituidas bajo la fórmula de UGC, se establecen los siguientes pesos, para las dimensiones, en los objetivos comunes y específicos:

DIMENSIÓN	COMUNES	ESPECIFICOS	TOTAL
Actividad, Oferta de Servicios y Acces.	14		14
Seguridad del Paciente		5	5
Indicadores clínicos, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs):	12	10	22
Orientación a Ciudadanos y medida de la Satisfacción	6		6
Prescripción Farmacéutica y Uso Racional del medicamento	18	10	28
Continuidad Asistencial	4		4
Prevención de la enfermedad, Promoción y Protección de la Salud		10	10
Gestión de recursos	6		6
Gestión del Conocimiento		3	3
Libre elección por los distritos y UGC		2	2
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**19º Peso ponderado de las Dimensiones en las UGC:** En el caso de las UGC, se establecen los siguientes pesos, para las dimensiones, en los objetivos comunes y específicos:

DIMENSIÓN	COMUNES	ESPECIFICOS	TOTAL
Actividad y Oferta de Servicios y Acces.	9		9
Seguridad del Paciente		5	5
Indicadores clínicos, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs):	10	15	25
Orientación a los Ciudadanos y medida de la Satisfacción	4	2	6
Prescripción Farmacéutica y Uso Racional del medicamento	18	10	28
Continuidad Asistencial	3		
Prevención de la enfermedad, Promoción y Protección de la Salud		10	10
Gestión Económica	6		6
Gestión del Conocimiento		5	5
Libre elección por los distritos y UGC		3	3
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**20º Objetivos Comunes de las Unidades:** Los objetivos comunes de las Unidades, con la ponderación correspondiente serán los siguientes:

DIMENSION	OBJETIVOS COMUNES	EBAP	UGC
Actividad, Oferta de Servicios y Accesibilidad	Índice sintético cartera de servicios	4	3
	Atención domiciliaria	4	3
	Ausencia de demoras	6	3
Indicadores clínicos, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs):	Normas de calidad de los procesos Diabetes, Embarazo, Parto y Puerperio y Asma Infantil.	12	10
Orientación a los Ciudadanos y medida de la Satisfacción	Satisfacción de los ciudadanos	6	4
Prescripción Farmacéutica	Coste de Farmacia/TAFE	13	13
	Prescripción por Principio Activo	5	5
Continuidad Asistencial	Tasas de derivaciones a especialistas hospitalarios	4	3
Gestión de recursos	Absentismo (EBAP)/ Cumplimiento del Objetivo marcado en el Presupuesto Operativo de la Unidad en Capítulo I y II(UGC)	6	6
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>	<b>50</b>

**21º Objetivos Específicos:** Los objetivos específicos en las Unidades, deberán seleccionarse entre los definidos en el banco que se adjunta en el presente anexo. Serán elegidos hasta alcanzar el peso ponderado establecido para cada dimensión. No obstante se permite incorporar a propuesta del centro y/o unidad objetivos específicos que incorporen aspectos e innovaciones no contempladas en las dimensiones anteriormente definidas.

**22º** Todas las unidades, tanto UGC como EBAP que estén por debajo el valor mínimo de su función de valor en los Objetivos de Ausencia de Demoras y Prescripción Farmacéutica no conseguirán puntuación en la dimensión en los que respectivamente cada uno de ellos se inscribe.

Sevilla, 19 de diciembre de 2007

EL DIRECTOR GERENTE



Fdo.: Juan Carlos Castro Álvarez