

## **Conselleria de Sanidad**

*ACUERDO de 27 de mayo de 2005, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Acuerdo de productividad suscrito entre la Conselleria de Sanidad y las organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad. [2005/X6784]*

El Consell de la Generalitat, en la reunión del día 27 de mayo de 2005, adoptó el siguiente Acuerdo:

Los compromisos pactados con las organizaciones sindicales para la introducción de la productividad variable en el ámbito de la atención primaria y especializada, recogidos en los Acuerdos de Gestión firmados en el mismo ejercicio con los hospitales y equipos de atención primaria de la Conselleria de Sanidad, se basaron en el ejercicio 2004 en un conjunto de objetivos globales de cada centro junto a una relación de objetivos por servicios. La fijación de estos objetivos se apoyaba en la definición de una serie de modelos y submodelos que determinaban los indicadores utilizados para la evaluación de cada servicio, bajo una esquema común que los agrupaba en tres áreas de evaluación: indicadores de calidad, económicos y de producción y de desarrollo organizativo y profesional.

Coincidiendo con el desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria, que crea los departamentos de salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano, con las que se pretende la máxima integración de los dispositivos asistenciales garantizando una sanidad sin escalones, parece necesario para el ejercicio 2005 dar paso a algunas modificaciones y llegar a un enfoque más global del Acuerdo de Gestión y, dentro de éste, a los objetivos para la evaluación de la productividad.

En primer lugar, debe establecerse un acuerdo único cuyo ámbito sea el departamento de salud y que contenga objetivos cuyo cumplimiento corresponda a la atención hospitalaria y otros que se atribuyan a los centros de atención primaria, pero también objetivos comunes.

En segundo lugar, en cuanto que el ámbito es el Departamento de Salud, sin descender a otras estructuras menores en las que éste se organiza, los objetivos deben ser departamentales, y la Conselleria de Sanidad evaluará su cumplimiento en éste ámbito, por tanto, le corresponderá al equipo directivo del departamento de salud, que así ve reforzada su capacidad de gestión y participa de forma directa en la determinación de los objetivos de las unidades menores de él dependientes (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, unidades funcionales, etc), pactar con dichas unidades sus objetivos particulares para maximizar el logro de los globales.

Por todo ello, y previo informe favorable del Área Jurídica de la Conselleria de Sanidad, y tras haber sido consultado en la Mesa Sectorial de Sanidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 32 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, a propuesta del conseller de Sanidad, el Consell de la Generalitat

### **ACUERDA**

#### *Primero*

Determinar como cantidad máxima a pagar por la productividad referida al segundo semestre del ejercicio 2004 la de 7.100.000 euros. Esta cantidad sumada a la imputada al Presupuesto de 2004 en concepto de “a cuenta” de la productividad relativa al primer

semestre de 2004 liquidará la productividad total del referido ejercicio.

#### *Segundo*

Determinar la cuantía máxima a pagar en concepto de productividad referida al ejercicio 2005 en 18.000.000 euros, con la siguiente periodificación: 8.000.000 euros en concepto de “a cuenta” relacionado con los datos obtenidos del primer semestre de 2005 e imputable al presupuesto de 2005, y 10.000.000 euros en concepto de “liquidación de productividad referida a 2005” e imputable al presupuesto de 2006.

#### *Tercero*

Aprobar el Acuerdo de productividad suscrito entre la Conselleria de Sanidad y distintas organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad, y que se incorpora como anexo I.

#### *Cuarto*

Ordenar la publicación de dicho Acuerdo en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

#### *Quinto*

Autorizar al conseller de Sanidad a adoptar las medidas necesarias para la ejecución de lo establecido en el presente Acuerdo.

#### *Sexto*

El presente acuerdo tendrá efectos desde el 1 de enero de 2005.

Valencia, 27 de mayo de 2005

El vicepresidente y secretario del Consell de la Generalitat,  
VÍCTOR CAMPOS GUINOT

### ANEXO I

ACUERDO DEL CONSELL DE LA GENERALITAT, POR EL QUE SE APRUEBA EL ACUERDO DE PRODUCTIVIDAD SUSCRITO ENTRE LA CONSELLERIA DE SANIDAD Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES CON REPRESENTACIÓN EN LA MESA SECTORIAL DE SANIDAD.

#### 1. Introducción.

Los compromisos pactados en materia de productividad para el año 2004, recogidos en los Acuerdos de Gestión firmados en el mismo ejercicio con los hospitales y equipos de atención primaria de la Conselleria de Sanidad, se basaban en un conjunto de objetivos globales del centro junto a una relación de objetivos por servicios. La fijación de estos objetivos se apoyaba en la definición de una serie de modelos y submodelos que determinaban los indicadores utilizados para la evaluación de cada servicio, bajo un esquema común que los agrupaba en tres áreas de evaluación:

- Indicadores de calidad, con un peso del 25%.
- Indicadores económicos y de producción, con un peso del 60%.

– Indicadores de desarrollo organizativo y profesional, con un peso del 15%.

La experiencia ha demostrado que este modelo es válido, pero resulta demasiado complejo al exigir un gran esfuerzo de recopilación y tratamiento de información cuya precisión, además, se ve perjudicada por el hecho de que debe ser elaborada lejos de donde se genera.

En el año 2005 y coincidiendo con el desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria, que crea los departamentos de salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano, con las que se pretende la máxima integración de los dispositivos asistenciales garantizando una sanidad sin escalones, parece necesario dar un enfoque más global al Acuerdo de Gestión y, dentro de éste, a los objetivos para la evaluación de la productividad. Esta globalidad se manifiesta en dos aspectos fundamentales:

– No hay un Acuerdo para atención primaria y otro para especializada, sino que el Acuerdo es único y su ámbito es el Departamento de Salud, conteniendo objetivos cuya responsabilidad es imputable a la atención hospitalaria y otros atribuibles a primaria, pero también objetivos cuya responsabilidad es compartida por ambos.

– El alcance del Acuerdo es el Departamento de Salud, sin descender a las estructuras menores en las que éste se organiza. Es decir, los objetivos se plantean siempre como departamentales y, desde la Conselleria de Sanidad, sólo se evaluará su cumplimiento en éste ámbito. Al equipo directivo del Departamento de Salud corresponde pactar con las unidades menores que dependen directamente de él (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, unidades funcionales, etc) los objetivos particulares para maximizar el logro de los globales. De esta manera, se refuerza la capacidad de gestión de los equipos directivos, que participan de forma directa en la determinación de los objetivos de las unidades que dependen de ellos.

## 2. Principios generales

En el año 2004 se introdujo el complemento de productividad variable integrándolo en los Acuerdos de Gestión firmados ese año. Este modelo es el más consistente, ya que hace converger los objetivos estratégicos de la Conselleria de Sanidad con los de las unidades asistenciales, por lo que en el año 2005 se va a seguir vinculando el pago de la productividad variable al cumplimiento de los objetivos pactados en el Acuerdo de Gestión en el que, no obstante, se introducen algunas mejoras, que se describen más adelante, como consecuencia de su nuevo enfoque.

Los principios básicos en los que se sustenta el modelo de productividad variable aplicado en 2005 son:

**Consistencia:** el modelo se fundamenta en la consistencia entre los objetivos estratégicos de la Agencia Valenciana de Salud y los de los centros, los servicios y los profesionales que trabajan en ellos y que sirven de base para el cálculo de la productividad variable.

**Equidad:** el modelo considera las diferencias entre centros, servicios y profesionales, incorporando niveles de exigencia acordes con la situación de partida de cada uno de ellos, mediante unos objetivos adecuados a su trayectoria histórica y a su situación actual.

**Corresponsabilidad:** la actuación de los profesionales se desarrolla en el marco de una unidad o servicio y carece de sentido evaluarla de forma aislada. Cada profesional es evaluado por su actuación y por su contribución a la actuación de la unidad en la que se integra, del mismo modo que el servicio participa del grado de cumplimiento de los objetivos del centro o departamento de salud.

**Participación:** los objetivos deben ser comunicados y pactados en cada nivel con los responsables de dicho nivel. Es decir, los objetivos del Departamento de Salud se pactarán con su equipo directivo, así como éste pactará con cada responsable de unidad

(jefe de servicio, coordinador del centro, etc.) los objetivos de esa unidad y, a su vez, este responsable de unidad pactará con los profesionales dependientes de ella los objetivos individuales.

**Proporcionalidad:** la compensación variable es directamente proporcional al grado del logro de los objetivos. Es decir, no es una remuneración que se cobra en su totalidad o no se cobra en absoluto, sino que se cobra según el grado de aproximación a los objetivos pactados. Se trata en todo caso de un complemento variable y no de una compensación extra fija.

**Transparencia:** los criterios utilizados para la evaluación son conocidos previamente, de forma que los profesionales pueden modificar su comportamiento y orientar su actuación.

**Objetividad:** los objetivos deben establecerse siempre en términos que permitan su verificación objetiva así como una estimación fiable del grado de cumplimiento de los mismos carente de ambigüedad.

Por último, parece recomendable eliminar las restricciones que se han dado el año 2004 para la participación en el programa de incentivación y que han motivado la exclusión de algunos profesionales no por lo que han hecho durante ese año, sino por lo que han hecho en los anteriores (antigüedad y permanencia en el servicio).

### 3. Comisiones de Seguimiento y Evaluación.

Con la finalidad de realizar el seguimiento de la aplicación estricta de los Acuerdos de Gestión y la productividad variable y en consonancia con su planteamiento descentralizado, se establece comisiones de seguimiento a dos niveles: central y departamental.

Además, la Agencia Valenciana de la Salud realizará cuantas estudios y auditorías precise para verificar que el procedimiento y los datos aportados, se atienen a todo lo indicado en el Acuerdo de Gestión 2005 y que se garantiza la transparencia y efectividad del proceso, con especial énfasis en los aspectos relacionados con la difusión y comunicación del mismo a todo el personal implicado.

#### 3.1. Comisión Central de Seguimiento y evaluación.

##### Composición

– Presidente: el secretario autonómico de Sanidad o el director general de la Agencia Valenciana de la Salud en quien delegue.

– Secretario: el director de Asistencia Sanitaria de Zona que se designe.

– Vocales: el director general de Recursos Económicos, el director general de Asistencia Sanitaria, el director general de Calidad y Atención al Paciente y un representante de cada uno de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad que no se haya opuesto al presente acuerdo de productividad.

##### Funciones

1. Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y, en particular, de la gestión integrada y los indicadores asociados al reparto de incentivos, supervisando el cumplimiento de los compromisos pactados, con especial atención a los plazos de ejecución.

2. Aprobar la evaluación de los objetivos globales y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada Departamento en función del grado de consecución de los objetivos.

3. Conocer y supervisar los objetivos particulares pactados dentro de cada Departamento con sus unidades funcionales.

4. Conocer y supervisar los programas o líneas de actuación pactados dentro de cada Departamento para avanzar en la gestión integrada.

5. Conocer y supervisar el resultado de la evaluación de las unidades funcionales de cada Departamento en relación al cumplimiento de los objetivos particulares que hayan sido pactados.

Funcionamiento y calendario de actuaciones.

La Comisión Central tendrá capacidad para interpretar los criterios de forma que facilite la evaluación de los compromisos y se reunirá tantas veces como sea necesario para fijar el procedimiento de sus actuaciones.

Para facilitar el seguimiento y evaluación del Acuerdo, la Comisión Central establecerá mecanismos que permitan a los equipos directivos de los Departamentos de salud tener información, a lo largo del año, de su progreso en el grado de cumplimiento de los objetivos.

Además de las reuniones que se consideren necesarias para el cumplimiento de sus fines, se reunirá obligatoriamente en las siguientes ocasiones:

– Antes del 30 de abril, se reunirá separadamente con cada uno de los equipos directivos de los Departamentos de salud firmantes, para pactar los valores exactos de los objetivos en cada indicador.

– Antes del 30 de junio, se reunirá para verificar que todas las Comisiones Departamentales han remitido la documentación.

### 3.2. Comisión Departamental de Seguimiento y evaluación.

#### Composición

– Presidente: el director del Departamento.

– Secretario: el subdirector económico o jefe de Servicio equivalente del área de gestión económica.

– Vocales: el director o subdirector médico, el director económico, el director o subdirector de Enfermería, un representante de la Junta de Personal de los sindicatos presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad que no se haya opuesto al presente acuerdo de productividad, un representante de la Junta del Hospital, un representante de los profesionales de Atención Primaria del Departamento de Salud.

#### Funciones

1. Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y productividad variable en el ámbito del Departamento de Salud, supervisando su estricto cumplimiento, en particular en lo que se refiere a plazos de ejecución

2. Aprobar la relación de personal incluido en cada unidad funcional con derecho a participar en el programa de productividad variable.

3. Aprobar la evaluación de los objetivos y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada Unidad Funcional en función del grado de consecución de los objetivos y del personal incluido en ella.

4. Conocer y supervisar los objetivos pactados dentro de cada Unidad Funcional con sus profesionales, en los casos en los que se ejerza este derecho.

5. Aprobar el importe por persona, en concepto de productividad variable, en función de los resultados obtenidos, con arreglo a lo dispuesto en el apartado 7.

#### 4. Ámbito de aplicación.

##### 4.1. Centros, unidades y servicios incluidos.

Todos los centros, unidades y servicios dependientes de la Agencia Valenciana de la Salud integrados en un Departamento de Salud podrán participar en el programa de productividad variable. Para ello, deben pactar objetivos con la instancia superior de la que dependan en los términos recogidos en el presente texto.

También podrán participar en el programa de productividad variable los trabajadores del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana, hospitales de larga estancia y personal del Servicio de Emergencias Sanitarias no incluido en la productividad

específica del SAMU.

#### 4.2. Profesionales implicados.

Todos los profesionales vinculados contractualmente a un centro, unidad o servicio incluido en el ámbito de aplicación delimitado en el apartado anterior, excluyendo el personal en formación, pueden beneficiarse de la productividad variable condicionada al logro de los objetivos determinados con arreglo a la metodología recogida en el presente texto. Además deben cumplir los siguientes requisitos:

– Estar adscritos a una o más unidades funcionales. Si un trabajador se adscribe a más de una unidad funcional, participará en cada una de ellas de forma parcial, asignándosele un coeficiente de participación relacionado con ésta. El coeficiente de participación de un trabajador en una unidad funcional nunca será superior a la proporción de días efectivos trabajados en dicha unidad referido al año 2005 completo.

– La suma de los coeficientes de participación de un mismo trabajador referidos a la totalidad de unidades funcionales en las que se integra nunca será superior a la proporción de días efectivos trabajados durante el año 2005 y, en consecuencia, nunca superará la unidad. Quedan excluidos los trabajadores para los que este último valor no sea mayor o igual a 0.25.

– Disponer de objetivos propios sobre los que ser evaluado que dependerán de los diferentes colectivos de la siguiente forma:

\* Personal directivo: Se evaluará sobre el grado de cumplimiento de los objetivos globales del Departamento de Salud.

\* Resto de personal: Se evaluará sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de la unidad o unidades funcionales en las que se integra y, si los tuviera, de los objetivos individuales pactados con los responsables de dichas unidades.

#### 5. Características del modelo.

##### 5.1. Aspectos generales.

Tanto los objetivos globales del Departamento de Salud como los de las unidades o los profesionales se expresarán, preferentemente, en términos de indicadores. Si no fuera así, se determinará con precisión y sin ningún tipo de ambigüedad en que consiste el objetivo y como se valorará su cumplimiento en función de los posibles resultados.

Para cada uno de los indicadores se establecerá un valor de referencia que es el valor del indicador referido al año 2004, y se determinará el objetivo a alcanzar. La medida en que, partiendo del valor de referencia, el resultado obtenido se aproxima al valor objetivo determina el grado de consecución del mismo. La expresión para el cálculo de la proporción de objetivo cumplido es la siguiente:

$$\text{compliment} = \frac{\text{Resultat} - \text{Referència}}{\text{Objectiu} - \text{Referència}} \quad (1)$$

Cada objetivo tendrá un peso relativo, de forma que la suma de los pesos de todos los objetivos aplicables a un Departamento de Salud, unidad o profesional será 100. El número de puntos obtenido por un Departamento de Salud, unidad o profesional será:

$$\text{Punts} = \sum (\text{compliment de l'objectiu } i) (\text{pes de l'objectiu } i) \quad (2)$$

##### 5.2. Objetivos globales del Departamento de Salud.

Los objetivos globales del Departamento de Salud se establecerán sobre la mejora de indicadores relacionados con las líneas estratégicas definidas por la Agencia Valenciana de la Salud y que son las siguientes:

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Peso</i>	
1. Mejora de los sistemas de información.	7	
1.1. Calidad de la información registrada.	4	
1.2. Implantación de sistemas de información estratégicos		3
2. Mejora de la accesibilidad de la asistencia.	18	
2.1. Disminución de demoras en consultas.	3	
2.2. Disminución de demoras en pruebas y exploraciones.	4	
2.3. Disminución de demoras en intervenciones quirúrgicas.		11
3. Mejora de la seguridad de la asistencia.	5	
3.1. Reducción de acontecimientos adversos.	3	
3.2. Implantación de iniciativas de garantía de seguridad.	2	
4. Mejora de la atención específica de la mujer y el niño.	5	
5. Incremento del uso de alternativas a la hospitalización tradicional.	5	
5.1. Incremento de la ambulatorización de procesos.	2	
5.2. Incremento de la actividad de hospital de día.	1,5	
5.3. Incremento de la actividad de hospitalización a domicilio.		1,5
6. Mejora de los resultados económicos.	15	
7. Mejora de la adecuación de la prescripción farmacéutica.		20
7.1. Indicadores de calidad de la prescripción	12	
7.2. Indicadores ajustados de gasto por habitante.	8	
8. Mejora de la adecuación de la utilización de recursos.	5	
9. Mejora de la continuidad de cuidados.	5	
10. Diseño de procesos y gestión clínica.	5	
11. Mejora de la satisfacción de los pacientes.	5	
12. Mejora de los índices de absentismo.	5	

Nota: Los apartados que se valoran con más de un indicador, repartirán su peso entre estos de forma equitativa.

El Acuerdo de Gestión firmado con el Departamento de Salud recoge dichas líneas estratégicas, así como los indicadores mediante los que se propone evaluarlas y que se encuentran contenidos en el anexo II, precisando, para cada uno de ellos, el sentido en el que se espera que evolucionen. Esto permitirá, ya desde el principio, que el equipo directivo del Departamento de Salud pueda empezar a pactar con las unidades funcionales que dependen de él, las líneas de mejora sobre las que éstas deben orientar sus esfuerzos a lo largo del año.

Los valores definitivos que se establezcan como objetivos para el Departamento de Salud se comunicarán al equipo directivo una vez estén disponibles los datos del ejercicio anterior y sea factible su cálculo. La metodología para su determinación será la que ya se propuso para el año 2004 y que se encuentra recogida en el anexo. Sobre la base de los valores obtenidos por este procedimiento se pactará con el equipo directivo de cada Departamento de Salud el valor definitivo que se fijará como objetivo para el año 2005, debiendo justificarse y documentarse por parte de éste las eventuales modificaciones a la propuesta inicial.

Desde la Agencia Valenciana de la Salud se establecerán los mecanismos para, en función de la disponibilidad de datos procedentes de los sistemas de información centralizados, poder facilitar a cada Departamento de Salud a lo largo del año y de forma periódica el grado en el que se van aproximando a los objetivos pactados, pudiendo establecer las oportunas medidas correctoras antes de finalizar el ejercicio.

5.3. Determinación de objetivos de las unidades funcionales.

El equipo directivo del Departamento de Salud es el responsable de definir las unidades funcionales en las que se éste estructurará, a los efectos de establecer objetivos propios para cada una de ellas que permitan hacer efectivo el pago de la productividad variable con arreglo al modelo recogido en este documento. Así mismo, es el equipo directivo del Departamento de Salud el que debe reunirse con el responsable de cada una de estas unidades funcionales y pactar los objetivos que servirán para evaluarla. Aunque cada equipo directivo goza de libertad para definir su estrategia y aplicar su propio criterio a la hora de fijar dichos objetivos, debe tenerse en cuenta que éstos deben pretender que cada unidad funcional contribuya en la mayor medida posible a maximizar el logro del Departamento de Salud en su conjunto. De lo contrario, y conforme a los criterios de distribución de la asignación económica propuestos, el esfuerzo de la unidad puede acabar no traduciéndose en una alta productividad para sus componentes.

Desde el momento en que el equipo directivo del Departamento de Salud conozca las líneas estratégicas y los indicadores con los que se va a medir el avance en ellas, ya puede pactar con cada unidad funcional sus objetivos, bien en términos genéricos o bien sobre valores concretos que pueden ajustarse, si es necesario, una vez conocidos los valores definitivos que se exigen al Departamento de Salud. De esta manera, se aminora el efecto que tiene el inevitable desfase entre la disponibilidad de la información en los sistemas centrales y su repercusión en el cálculo exacto de los objetivos.

En cualquier caso y como garantía de objetividad de todo el proceso, los objetivos pactados con las unidades funcionales de cada Departamento de Salud se deberán comunicar por escrito a la comisión central de seguimiento de los Acuerdos de Gestión de 2005, debiendo ser firmados por el responsable de la unidad como prueba de aceptación. Dicho responsable certificará, al mismo tiempo, que los objetivos de la unidad son conocidos por todos sus componentes.

#### 5.4. Determinación de objetivos individuales.

En el caso de que el responsable de una unidad funcional decida pactar objetivos individuales para cada profesional se deberán respetar las siguientes exigencias:

- La posibilidad de pactar objetivos individuales se ofertará a todos los profesionales incluidos, a efectos de productividad, en la unidad funcional.
- Los objetivos serán pactados individualmente y firmados por el trabajador como prueba de aceptación.

En tal caso, el mecanismo será el mismo que al fijar objetivos a las unidades respecto al Departamento de Salud. Es decir, aunque hay libertad de criterios, lo lógico es que se busque con los objetivos individuales maximizar el logro de la unidad.

Los objetivos individuales deberán ser comunicados por escrito a la comisión de seguimiento del Departamento de Salud, con la firma del profesional como prueba de aceptación.

#### 6. Evaluación del cumplimiento de objetivos.

La evaluación del cumplimiento de objetivos, para un indicador dado, se realizará con arreglo a la expresión (1) y la proporción de cumplimiento no podrá ser inferior a 0 ni superior a 1.

La evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos del Departamento de Salud será realizada por la Comisión Central de Seguimiento y se documentará debidamente, incluyendo para cada indicador:

- Valor de referencia.
- Valor del objetivo pactado.
- Resultado obtenido por el Departamento de Salud.
- Porcentaje de cumplimiento del objetivo, con arreglo a la expresión (1) .

- Peso del indicador.
- Puntos obtenidos (producto de estos dos últimos valores).
- Comentarios pertinentes, si es necesario.

La evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos de una unidad funcional será realizada por la Comisión Departamental de Seguimiento y será igualmente documentada, incluyendo necesariamente los datos reseñados en la relación anterior.

La evaluación del cumplimiento individual será realizada por el responsable de la unidad de forma documentada y basada siempre en criterios objetivos. La Comisión Departamental de Seguimiento recibirá copia de esta documentación y supervisará que se adecue a lo dispuesto en este texto.

Cada Unidad Funcional tendrá un personal equivalente que vendrá dado por la expresión:

$$\text{Personal equivalente UF} = (\text{N}^\circ \text{ Grupo A}) + 0,65(\text{N}^\circ \text{ Grupo B}) + 0,4(\text{N}^\circ \text{ Grupo C}) + 0,3(\text{N}^\circ \text{ Grupo D}) + 0,15(\text{N}^\circ \text{ Grupo E}) \quad (3)$$

Donde el personal de cada grupo vendrá dado por la expresión (4) sumada para todos los trabajadores de dicho grupo que hayan prestado sus servicios en la Unidad Funcional y tengan derecho a participar en el programa de productividad variable con arreglo a lo establecido en el apartado 4.2:

$$\text{N}^\circ \text{ grupo} = \frac{\sum (\text{Días trabajados por el profesional } i \text{ en la UF durante 2005})}{365} \quad (4)$$

Los puntos totales obtenidos por una Unidad Funcional serán el resultado de multiplicar los puntos obtenidos por ésta al evaluar el cumplimiento de objetivos, por el personal equivalente.

$$\text{Puntos totales UF} = (\text{Puntos UF})(\text{Personal equivalente UF}) \quad (5)$$

Los puntos obtenidos por un profesional que tenga asignados indicadores individuales vendrán dados por la expresión:

$$\text{Puntos totales trabajador} = [0,6(\text{Puntos trabajador}) + 0,4(\text{Puntos UF})](\text{días efectivos trabajados})/365 \quad (6)$$

Donde Puntos trabajador representa los puntos que el trabajador ha obtenido sobre sus objetivos individuales. Lógicamente tanto Puntos UF como Puntos trabajador tendrán un valor entre 0 y 100.

En el caso de trabajadores que no tengan objetivos individuales, sus puntos totales coincidirán con los puntos de la unidad funcional a la que pertenecen, multiplicados por los días efectivos trabajados y divididos por 365 en ambos casos

$$\text{Puntos totales trabajador} = (\text{Puntos UF})(\text{días efectivos trabajados})/365 \quad (7)$$

La evaluación del cumplimiento de objetivos de cada Departamento de Salud se realizará por la Comisión Central de Seguimiento del Acuerdo. El número de puntos obtenidos por el Departamento de Salud vendrá dado por la expresión (2), sumada para todos los indicadores sobre los que se han establecido objetivos. Éste valor es el que servirá de referencia para evaluar al equipo directivo, que obtendrá los siguientes

puntos:

$$\text{Puntos totales Directivos} = (\text{Puntos Departamento})(\text{Personal Directivo equivalente}) \quad (8)$$

Donde el personal directivo equivalente es el determinado por las expresiones (3) y (4) aplicadas al equipo directivo.

#### 7. Distribución de la asignación económica.

El dinero disponible para repartir en el Departamento de Salud en concepto de productividad variable vendrá determinado por los puntos totales obtenidos por el Departamento de Salud así como por el total de todos los Departamentos de salud. Así, para un Departamento i, la cantidad disponible será:

(9)

$$\text{Cantidad Departamento}(i) = \frac{\text{Puntos totales Departamento}(i)}{\sum_{j=1}^{23} \text{Puntos totales Departamento}(j)} (\text{Cantidad total}) \quad (9)$$

De la misma forma, la cantidad a percibir por un trabajador(j) del Departamento i será:

$$\text{Cantidad}(i, j) = \frac{\text{Puntos totales trabajador}(j)}{\sum_{k=1}^n (\text{factor grupo trabajador}(k))(\text{Puntos totales trabajador}(k))} (\text{Cantidad } i) \quad (8)$$

(8)

Donde los factores de grupo son los coeficientes de proporcionalidad utilizados en la expresión (3).

Los trabajadores que obtengan menos de 30 puntos no recibirán complemento de productividad, por lo que la suma de la expresión (8) se extiende sólo sobre los que tienen 30 o más puntos.

## ANEXO I

### Metodología para la determinación de objetivos

La definición de objetivos concretos para cada uno de los Departamentos de salud se realiza, salvo en casos excepcionales, de forma individualizada. Cada Departamento de Salud tiene su propio objetivo para cada indicador y éste es, por lo general, diferente al del resto de Departamentos de salud. Su determinación tiene en cuenta tanto la trayectoria histórica del Departamento de Salud, en lo que al indicador en cuestión se refiere, como su situación relativa respecto al resto de Departamentos de salud en el momento actual. El objetivo se define partiendo de esta información y con la aplicación de unas reglas básicas que son las siguientes:

1. Todo el que ha empeorado debe, al menos, recuperar lo perdido.
2. Mejora continua acotada: El que ha mejorado debe, al menos, mantener el 50% de su tasa de mejora. Si existe un valor óptimo, no es necesario rebasarlo.
3. Ningún Departamento de Salud debe tener un objetivo inferior a la mediana de la

situación de partida.

4. A los que están mejor se les exige un menor esfuerzo de mejora y los que están peor deben hacer un mayor esfuerzo de mejora.

La aplicación de este modelo hace que los objetivos de todos los Departamentos de salud de la misma especialidad converjan a un mismo valor en muy pocos años. Este requisito de convergencia hace el grado de esfuerzo sea menor en los que están mejor situados y mayor en aquellos que parten de una situación más desfavorable (regla 4). Sin embargo, no penaliza a éstos con “objetivos imposibles” que pueden disuadir del esfuerzo por su consecución puesto que, en el peor de los casos, la referencia para la mejora la constituye o bien una posición que el Departamento de Salud ya ha demostrado ser capaz de alcanzar (regla 1) o bien una situación que han sido capaces de alcanzar, al menos, la mitad de los centros (regla 3).

La secuencia de operaciones que determinan el valor del objetivo asignado a un Departamento de Salud para un indicador determinado se describe esquemáticamente a continuación:

1. Se define el sentido del indicador. Si es un indicador negativo, se debe buscar como objetivo reducir su valor, mientras que si es positivo lo que se desea es su incremento. Se puede dar también el caso de que el objetivo sea la aproximación a un valor de referencia, de forma que los que están por encima de ese valor deberán disminuir y los que están por debajo aumentar. También se determina si existe un valor óptimo para el indicador, de forma que a los Departamentos de salud que lo cumplan sólo se les exige mantenerse en él.

2. Se calcula el valor del indicador para cada uno de los Departamentos de salud que se consideran incluidos en el mismo grupo. Esto se realiza para los dos últimos años de los que se dispone de información completa y fiable.

3. Se calcula el incremento interanual para cada uno de los Departamentos de salud, a partir de los valores obtenidos en el paso anterior.

4. Se determina cuál es la mediana de los datos del último año.

5. Se busca cuál es el Departamento de Salud mejor situado en los datos del último año y se establece, con la aplicación de las reglas detalladas en el apartado 2.3.1, cuál es su objetivo.

6. Se determina, por el mismo procedimiento, cuál es el objetivo para el Departamento de Salud peor situado.

7. Se establece el objetivo para el resto de Departamentos de salud de forma lineal, en función de los objetivos fijados para el mejor y el peor situado.

## ANEXO II

### Indicadores

#### 1. Mejora de los sistemas de información.

Objetivo: Los sistemas de información sanitarios se han convertido en un elemento estratégico de gran valor por su relevancia en la gestión y planificación. La Agencia Valenciana de la Salud está firmemente comprometida con su implantación y mejora encontrándose a la cabeza de los Servicios de Salud en éste ámbito, por lo que se considera fundamental reforzar el buen uso de los actuales sistemas de información y potenciar la implantación de los nuevos.

##### 1.1. Calidad de la información registrada.

Objetivo: Mejorar el nivel de calidad de los datos que se capturan a través de los

distintos sistemas de información con la finalidad de mejorar la fiabilidad de su análisis, aumentando la capacidad para tomar decisiones basadas en ellos.

Indicador de calidad de la información en CMBD

Objetivo: Mejorar el nivel de codificación de CMBD y reducir la presencia de GRD inespecíficos.

Indicador de calidad de la información en ACTIQUI

Objetivo: Mejorar el nivel de codificación de diagnósticos y procedimientos para poder utilizar sistemas de ajuste de rendimientos en actividad quirúrgica. Mejorar también el nivel de codificación del N° SIP como identificador clave del paciente que permita realizar el análisis de la información agregada de todos los Departamentos de salud.

Indicador de calidad de la información en LEQ

Objetivo: Mejorar el nivel de codificación de procedimientos y del N° SIP como identificador clave del paciente que permita realizar el seguimiento de la información agregada de todos los Departamentos de salud.

Indicador de la calidad del diagnóstico en SIA.

Objetivo: La codificación de las enfermedades y procedimientos en los contactos de SIA es imprescindible para el cálculo de la morbilidad, actuaciones y la asistencia automática en las decisiones clínicas, facilitando la gestión clínica.

Indicador de tratamientos farmacológicos con código CIE asociado.

Objetivo: La relación del diagnóstico-indicación terapéutica es básica para poder realizar un uso racional del medicamento.

Indicador de correcta asociación talonario recetas– prescriptor en GAIA.

Objetivo: Es imprescindible una correcta asignación a CPA (código de puesto asistencial) y facultativo para conocer donde se produce una prescripción.

1.2. Implantación de sistemas de información estratégicos

Objetivo: Potenciar la implantación de sistemas de información estratégicos, reforzando su utilización desde el principio y creando buenos hábitos de uso.

Índice de utilización de SIA-CIT:

Objetivo: Conocer la usabilidad y frecuencia de utilización del sistema de información ambulatoria.

Índice de utilización de la historia clínica electrónica:

Objetivo: Conocer el grado de utilización de la historia clínica electrónica ambulatoria.

Índice de planificación personal de contactos.

Objetivo: La planificación por el facultativo de contactos concertados y sucesivos es un aspecto clave en la calidad de la gestión de la agenda. La cita realizada desde el contacto simplifica el acceso del paciente a los servicios del sistema sanitario.

Índice de interconsultas citadas desde Atención Primaria:

Objetivo: Mejorar la accesibilidad del ciudadano a la asistencia especializada ambulatoria.

Índice de interconsultas citadas desde contacto de atención primaria.

Objetivo: Involucrar al médico como agente sanitario capaz de racionalizar las citas médicas pendientes del paciente en especializada.

Indicador de mecanización de partes de IT.

Objetivo: Facilitar la desburocratización de la consulta médica y garantizar la calidad de la información.

Indicador de uso de recetas electrónicas:

Objetivo: Facilitar la desburocratización de la consulta médica y garantizar la calidad de la información.

Indicador de uso de recetas electrónicas planificadas:

Objetivo: Facilitar la desburocratización de la consulta médica y el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos.

Visita Médica:

Objetivo: Monitorizar el cumplimiento de la normativa sobre visita médica.

Visado electrónico:

Objetivo: Facilitar la desburocratización de la consulta médica, el acceso de los pacientes a los tratamientos farmacológicos y la calidad de la información sanitaria

Registro Nominal de Vacunas:

Objetivo: Mejorar la calidad de la información sobre el estado vacunal de la población. Se valora el porcentaje de cobertura vacunal registrado en los sistema de información RVN y SIAPWIN.

Indicador de implantación del sistema de compensación intercentros (COMPÁS):

Objetivo: Garantizar la puntualidad y cobertura de la información que sirve de base a la captura de datos para el sistema de compensación intercentros.

Indicador de cobertura de la entrega de la Nota Informativa:

Objetivo: Ampliar la cobertura de la entrega de la Nota Informativa a los pacientes sobre el coste de la asistencia hospitalaria.

2. Mejora de la accesibilidad de la asistencia.

Objetivo: La accesibilidad de la asistencia sanitaria es una de las dimensiones de la calidad asistencial que más influyen en la percepción que tienen los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario. Cualquier estrategia capaz de mejorar la accesibilidad tiene un gran impacto en esa percepción y en la satisfacción de los pacientes, por lo que la Agencia Valenciana de la Salud incluye las actuaciones en este sentido como una de sus líneas estratégicas más prioritarias.

Las definiciones que se utilizan en los indicadores se ajustan a lo recogido en el Anexo I del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

2.1. Disminución de demoras en consultas.

Demora media en primeras consultas de atención especializada.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes con solicitud de cita a primera fecha disponible y que están pendientes de ser vistos en atención especializada. Se entiende como tiempo de espera la diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte. El cálculo del indicador será:

Espera media en primeras consultas de atención especializada.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención por el especialista. Para los pacientes atendidos en la primera fecha disponible, el tiempo de espera se calculará, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de entrada en el registro y la fecha de la visita. Para los pacientes atendidos en una fecha propuesta por el médico responsable o por el propio paciente, el tiempo de espera se calculará a partir de la diferencia entre la fecha de cita solicitada y la fecha de la visita.

Tiempo promedio de citación de interconsultas mediante SIA.

Objetivo: Mejorar los tiempos de respuesta de las Interconsultas realizadas desde atención primaria a especializada. El indicador se obtiene de SIA contra agendas de IRIS/HIGIA y es un excelente aproximador de la demora en primeras visitas.

Porcentaje de pacientes que esperan más de 90 días para una primera visita en atención especializada.

Objetivo: Mejorar la accesibilidad en las consultas de atención especializada como un componente de la calidad asistencial evitando la existencia de demoras por encima de 90 días.

Porcentaje de pacientes que esperan más de 2 días para una visita en atención primaria.

Objetivo: Mejorar la accesibilidad en las consultas de atención primaria como un componente de la calidad asistencial.

## 2.2 Disminución de demoras en pruebas y exploraciones.

Demora media en pruebas y exploraciones.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes con solicitud de cita a primera fecha disponible y que están pendientes de una prueba o exploración de las que se incluyen en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Se entiende como tiempo de espera la diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte. El cálculo del indicador será:

Espera media en pruebas y exploraciones.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta la realización de una prueba o exploración de las que se incluyen en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo. Para los pacientes atendidos en la primera fecha disponible, el tiempo de espera se calculará, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de entrada en el registro y la fecha de la visita. Para los pacientes atendidos en una fecha propuesta por el médico responsable o por el propio paciente, el tiempo de espera se calculará a partir de la diferencia entre la fecha de cita solicitada y la fecha de la visita.

Porcentaje de pacientes que esperan más de 90 días para una prueba o exploración.

Objetivo: Mejorar la accesibilidad en las pruebas o exploraciones de las que se incluyen en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo como un componente de la calidad asistencial evitando la existencia de demoras por encima de 90 días.

## 2.3. Disminución de demoras en intervenciones quirúrgicas.

Demora media en intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica. Se entiende como tiempo de espera la diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte. El cálculo del indicador será:

Espera media en intervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Reducir el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes intervenidos de forma programada. El tiempo de espera se calculará, en días naturales, a partir de la diferencia entre la fecha de entrada en el registro de lista de espera y la fecha de la visita.

Porcentaje de pacientes que esperan más de 90 días para una intervención quirúrgica.

Objetivo: Mejorar la accesibilidad en las intervenciones quirúrgicas como un componente de la calidad asistencial evitando la existencia de demoras por encima de 90 días.

Relación entre la Espera media y la demora media quirúrgica.

Objetivo: Garantizar la mejora en la gestión de la lista de espera, consiguiendo que se intervenga antes a los pacientes con mayores demoras.

Variabilidad de los tiempo de espera en intervenciones quirúrgicas, ajustados por patologías o procedimientos.

Objetivo: Garantizar la mejora en la gestión de la lista de espera, minimizando la diferencia entre las esperas de los diferentes pacientes.

## 3. Mejora de la seguridad de la asistencia.

### 3.1. Reducción de acontecimientos adversos.

Tasa de reingresos a 3 días.

Objetivo: Monitorización y reducción de la recurrencia de hospitalizaciones por insuficiente resolución durante episodios previos.

Úlceras de decúbito

Objetivo: Reducir episodios de complicaciones nosocomiales evitables.

Fracaso en el rescate

Objetivo: Reducir la mortalidad en pacientes que desarrollan determinados tipos de complicaciones graves.

Neumotórax iatrogénico

Objetivo: Reducir el número de casos de neumotorax iatrogénico.

Exitus en DRG baja mortalidad.

Objetivo: Extremar el celo en la monitorización y reducción de aquellos acontecimientos adversos que no son esperables por las características de los pacientes y/o los procedimientos.

### 3.2. Implantación de iniciativas de garantía de seguridad.

Iniciativas documentadas de garantía de seguridad asistencial

Objetivo: Incrementar la existencia documentada y monitorizable de los centros y servicios sanitarios en estrategias de control y garantía de la calidad y seguridad asistencial.

### 4. Mejora de la atención específica de la mujer y el niño.

Tasa de cesáreas.

Objetivo: Incentivar el uso apropiado de las cesáreas.

Tasa de partos vaginales con anestesia epidural.

Estancia media en parto eutócico.

Objetivo: Reducir el número de estancias inapropiadas en el parto.

Embarazos con seguimientos en SIA por Atención primaria.

Objetivo: Mejorar el seguimiento protocolizado del embarazo en atención primaria como elemento para el incremento de la salud materno-infantil.

Niños con seguimiento del examen de salud en SIA por Atención Primaria.

Objetivo: Mejorar el seguimiento protocolizado del niño en atención primaria como elemento para el incremento de la salud materno-infantil.

Tiempo total desde el cribado hasta el inicio de tratamiento en cáncer de mama.

Objetivo: mejorar los tiempos de respuesta del sistema sanitario en la patología oncológica de mama.

### 5. Incremento del uso de alternativas a la hospitalización tradicional.

#### 5.1. Incremento de la ambulatorización de procesos.

Índice ajustado de ambulatorización.

Objetivo: Incentivar la resolución de procesos mediante el uso apropiado de la cirugía mayor ambulatoria.

#### 5.2. Hospital de día.

Objetivo: Incrementar la actividad de hospitalización a domicilio.

Número de visitas totales

Índice de rotación de puestos

#### 5.3. Hospitalización a domicilio.

Objetivo: Incrementar la actividad de hospitalización a domicilio.

Nº de visitas totales por estancia.

Índice de ocupación.

### 6. Mejora de los resultados económicos.

Variación del gasto corriente por unidad de producción.

Objetivo: Desacelerar el crecimiento del gasto y mejorar la productividad real.

Facturación intercentros prevista en la Cuenta de Resultados al inicio del ejercicio.

Objetivo: Incentivar el registro de la actividad en los sistemas de información y medir los flujos de pacientes excluidos de la cápita que han de ser objeto de facturación intercentros.

Mejora del gasto farmacéutico por estancia hospitalaria.

Objetivo: Racionalizar el consumo farmacéutico en el ámbito hospitalario y, con ello, desacelerar el crecimiento del gasto.

7. Mejora de la adecuación de la prescripción farmacéutica.

7.1. Indicadores de calidad de la prescripción

Objetivo: La utilización de indicadores de calidad de prescripción, en el marco de la mejora de la calidad asistencial y el uso racional del medicamento, ocupa un lugar destacado. En ésta línea estratégica de la Agencia Valenciana de Salud, la batería de indicadores se conforma alrededor de los grupos terapéuticos de mayor peso en la prestación farmacéutica. En determinados grupos terapéuticos, los Departamentos podrán proponer el indicador de mejora de calidad.

1. Racionalización del consumo de Antibióticos.

Objetivo: El objetivo básico de su inclusión es intentar minimizar el desarrollo de resistencias antibióticas en nuestro entorno, dado que la bibliografía pone de manifiesto el alto nivel de uso de este grupo de fármacos frente a otros países de nuestro entorno. Así la OMS recomienda niveles de uso para el grupo terapéutico por debajo de 21 DHD.

DHD J01 (Dosis habitante día antibacterianos sistémicos)

DDDs Antibióticos primer nivel/ DDDs antibacterianos sistémicos

2. Racionalización del consumo de antiinflamatorios.

Objetivo: Se pretende abordar la minimización del riesgo de complicaciones por consumo de antiinflamatorios y la maximización de la utilizando de aquellos principios activos que presentan menor riesgo de hemorragia digestiva (especialmente ibuprofeno).

DHDs M01A (Dosis habitante día productos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos)

DDDs principios activos de elección / DDDs M01A

3. Racionalización del consumo de antihipertensivos.

Objetivo: En este grupo se pretende potenciar la utilización, según las últimas recomendaciones internacionales, de los fármacos de primera elección (beta bloqueantes y diuréticos), así como la utilización de IECAs como fármacos de segunda línea.

DDDs diuréticos y betabloqueantes / DDDs todos antihipertensivos

DDDs IECA / DDDs ARA II + DDDs IECA

4. Racionalización de la utilización de inhibidores de la bomba de protones.

Objetivo: Potenciar la utilización del omeprazol sobre otros principios activos del mismo grupo dado los niveles de evidencia y eficiencia que muestra la bibliografía.

DHDs Inhibidores de la bomba de protones

DDDs omeprazol / DDDs inhibidores bomba de protones

5. Racionalización de la utilización de estatinas.

Objetivo: El control de la hipercolesterolemia es una de las principales estrategias para el control de las enfermedades cardiovasculares. Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable pueden reducir el riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular. En función de los resultados de los ensayos clínicos publicados hasta la fecha, se puede afirmar que las estatinas no han demostrado proporcionar un beneficio global en prevención primaria, es decir, en aquellos pacientes que no han padecido o padecen en la actualidad una enfermedad cardiovascular. Las recomendaciones de su utilización

han de hacerse basadas en los resultados de los estudios realizados y teniendo en cuenta el coste del tratamiento.

Indicador de uso relativo propuesto por el Departamento

6. Racionalización de la utilización de antiasmáticos.

Objetivo: El abordaje terapéutico del asma reside en el tratamiento sintomatológico mediante el uso de broncodilatadores y etiológico con fármacos antiinflamatorios, si los primeros no son suficientes para el control de la enfermedad. Las recomendaciones han de hacerse basadas en los resultados de los estudios realizados y teniendo en cuenta el coste del tratamiento.

Indicador de uso relativo propuesto por el Departamento

7. Racionalización de la utilización de tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos.

Objetivo: El elevado nivel de prescripción en atención primaria y los problemas derivados de su abuso determinan el interés de su seguimiento.

DHD tranquilizantes e hipnóticos

DHD N06A

Indicador de uso relativo propuesto por el departamento

8. Utilización de fármacos nuevos sin aportación relevante (potencial C).

Objetivo: Disminuir la utilización de novedades terapéuticas, de los últimos 5 años, que no aportan ventaja terapéutica según la evidencia. Los principios activos incluidos para el cálculo del valor inicial se mantendrán en el numerador durante todo el periodo de evaluación

$\text{DDD's Potencial C (últimos 5 años) / total DDD's de especialidades farmacéuticas.}$

9. Utilización de genéricos:

Objetivo: El empleo de indicadores de utilización de medicamentos genéricos se justifica porque su uso supone, además de una mejora en la eficiencia, un aumento de la calidad de prescripción asociadas a la prescripción por principio activo.

La repercusión de la población desplazada.

Gasto farmacéutico por habitante estandarizado

8. Mejora de la adecuación de la utilización de recursos.

Estancia media ajustada por casuística.

Objetivo: Mejorar la adecuación de las estancias hospitalarias, evitando las innecesarias.

Consultas de enfermería en AP a domicilio.

Objetivo: Adecuar las actuaciones de enfermería a las necesidades de salud de la población en relación a la atención domiciliaria.

Derivaciones a urgencias de hospital desde PAC.

Objetivo: Racionalizar el acceso a las urgencias hospitalarias.

Oferta de consultas en horario vespertino en Atención Primaria:

Objetivo: Aumentar la oferta de consultas en horario vespertino en Atención Primaria.

Relación primeras/segundas visitas

Objetivo: Reducir el número de consultas innecesarias.

9. Mejora de la continuidad de cuidados.

Número de recetas al alta hospitalaria

Objetivo: Facilitar la accesibilidad a los tratamientos farmacológicos tras el alta hospitalaria.. Este indicador se valora con la asignación de talonarios de recetas a CPA tipificados de alta

Prescripciones electrónicas desde el ámbito de especializada.

Objetivo: Facilitar la accesibilidad a los tratamientos farmacológicos tras la consulta de especializada.

Índice de derivación al especialista.

Objetivo: Valorar el nivel de resolución en Atención Primaria.

Índice de cumplimentación de interconsultas.

Objetivo: Garantizar la continuidad de la información clínica de los pacientes entre niveles asistenciales.

Índice de recepción de interconsultas

Objetivo: Garantizar la continuidad de la información clínica de los pacientes entre niveles asistenciales.

10. Diseño de procesos y gestión clínica.

Implantación de unidades de gestión clínica.

Diseño e implantación de guías clínicas.

Implantación de procesos y trayectorias para una asistencia integral.

11. Mejora de la satisfacción de los pacientes.

Índice de satisfacción.

Objetivo: Mejorar la satisfacción percibida por los pacientes en relación con el funcionamiento de los servicios sanitarios. Se mide a partir del valor normalizado del resultado de satisfacción global, referido al conjunto del departamento, obtenido en las encuestas de satisfacción que se realizan la en el marco del Plan de Humanización y viene dado por la expresión:

Tasa de variación interanual del número de reclamaciones presentadas contra el departamento.

Objetivo: Reducir el número de reclamaciones.

Proporción de reclamaciones tramitadas en plazo.

Objetivo: Mejorar los tiempos de respuesta en la tramitación de reclamaciones.

12. Mejora de los índices de absentismo.

Objetivo: Disminuir el impacto del absentismo de carácter no laboral o profesional.

Índice de absentismo por incapacidad temporal de carácter no profesional.