

de dos mesos previst en l'art. 46 i sense comunicació d'interposició prèvia, a l'empar de la disposició derogatòria segona, tot això referit a la Llei 29/1998 de 13 de juliol, reguladora de la Jurisdicció contenciosa administrativa.

Alacant, 23 de maig de 2005.- El rector: Ignacio Jiménez Rane-da.

#### ANNEX

##### ACCÉS LLIURE

##### ESCALA OFICIAL ESPECIALISTA DE LA UNIVERSITAT D'ALACANT

Núm d'ordre

Procés selectiu: 2151414413

Núm. Registre Personal: A7138

Cognoms i nom: RUIZ ARMERO, NURIA

Destinació Univer-Provincia: ALACANT

Data de Naixement: 13/05/1975

#### e) ALTRES ASSUMPTES

##### Conselleria de Sanitat

*ACORD de 27 de maig de 2005, del Consell de la Generalitat, que aprova l'acord de productivitat subscrit entre la Conselleria de Sanitat i les organitzacions sindicals amb representació en la Mesa Sectorial de Sanitat. [2005/X6784]*

El Consell de la Generalitat, en la reunió del dia 27 de maig de 2005, va adoptar l'acord següent:

Els compromisos pactats amb les organitzacions sindicals per a la introducció de la productivitat variable en l'àmbit de l'atenció primària i especialitzada, recollits en els acords de gestió firmats en el mateix exercici amb els hospitals i equips d'Atenció Primària de la Conselleria de Sanitat, es van basar en l'exercici 2004 en un conjunt d'objectius globals de cada centre junt amb una relació d'objectius per servicis. La fixació d'estos objectius es basava en la definició d'una sèrie de models i submodels que determinaven els indicadors utilitzats per a l'avaluació de cada servici, amb un esquema comú que els agrupava en tres àrees d'avaluació: indicadors de qualitat, econòmics i de producció i de desenvolupament organitzatiu i professional.

Coincidint amb el desenvolupament de la Llei d'Ordenació Sanitària, que crea els departaments de salut com a estructures fonamentals del sistema sanitari valencià, amb les quals es pretén la màxima integració dels dispositius assistencials garantint una sanitat sense escalons, pareix necessari per a l'exercici 2005, donar pas a algunes modificacions i arribar a un enfocament més global de l'acord de gestió i, dins d'este enfocament, als objectius per a l'avaluació de la productivitat.

En primer lloc, ha d'establir-se un acord únic l'àmbit del qual siga el Departament de Salut i que continga objectius el compliment dels quals corresponga a l'atenció hospitalària i altres que s'atribuïquen als centres d'Atenció Primària, però també objectius comuns.

En segon lloc, per tal com l'àmbit és el Departament de Salut, sense descendir a altres estructures menors en què s'organitza, els objectius han de ser departamentals, i la Conselleria de Sanitat n'avaluarà el compliment en este àmbit; per tant, correspondrà a l'equip directiu del Departament de Salut, que així veu reforçada la seua capacitat de gestió i participa de forma directa en la determinació dels

ciana, según la competencia establecida en el art. 10.1.j, en el plazo de dos meses previsto en el art. 46 y sin previa comunicación de interposición del mismo, al amparo de la disposición derogatoria segunda, todo ello referido a la Ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Alicante, 23 de mayo de 2005.- El rector: Ignacio Jiménez Rane-da.

#### ANEXO

##### ACCESO LIBRE

##### ESCALA OFICIAL-ESPECIALISTA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Núm. de orden

Proceso selectivo: 2151414413

Nº Registro Personal: A7138

Apellidos y nombre: RUIZ ARMERO, NURIA

Destino Univer-Provincia: ALICANTE

Fecha de Nacimiento: 13/05/1975

#### e) OTROS ASUNTOS

##### 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 representació en la Mesa Sectorial de Sanidad. [2005/X6784]*

El Consell de la Generalitat, en la reunió del dia 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 un 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 este 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

objectius de les unitats menors que en depenen (equips d'Atenció Primària, servicis hospitalaris, unitats funcionals, etc), pactar amb les unitats esmentades els objectius particulars per maximitzar l'èxit dels globals.

Per tot això, i amb un informe previ favorable de l'Àrea Jurídica de la Conselleria de Sanitat, i després d'haver sigut consultat en la Mesa Sectorial de Sanitat, d'acord amb el que preveu l'article 32 de la Llei 9/1987, de 12 de juny, d'Òrgans de Representació, Determinació de les Condicions de Treball i Participació del Personal al Servei de les Administracions Públiques, a proposta del conseller de Sanitat, el Consell de la Generalitat

#### ACORDA

##### Primer

Determinar com a quantitat màxima que s'ha de pagar per la productivitat referida al segon semestre de l'exercici 2004 la de 7.100.000 euros. Esta quantitat, sumada a la imputada en el pressupost 2004 en concepte de "a compte" de la productivitat relativa al primer semestre de 2004, liquida la productivitat total de l'exercici esmentat.

##### Segon

Determinar com a quantitat màxima que s'ha de pagar en concepte de productivitat referida a l'exercici 2005 la de 18.000.000 euros, amb la periodificació següent: 8.000.000 d'euros en concepte de "a compte" relacionat amb les dades obtingudes del primer semestre de 2005 i imputable al pressupost de 2005, i 10.000.000 d'euros, en concepte de "liquidació de productivitat referida a 2005" i imputable al pressupost 2006.

##### Tercer

Aprovar l'Acord de productivitat subscrit entre la Conselleria de Sanitat i organitzacions sindicals amb representació en la Mesa Sectorial de Sanitat, que s'incorpora com a annex I.

##### Quart

Ordenar la publicació de l'acord esmentat en el *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*.

##### Cinqué

Autoritzar el conseller de Sanitat a adoptar les mesures necessàries per a l'execució del que estableix el present acord.

##### Sisé

Este acord té efecte des de l'1 de gener de 2005.

València, 27 de maig de 2005

El vicepresident i secretari del Consell de la Generalitat,  
VÍCTOR CAMPOS GUINOT

#### ANNEX I

ACORD DEL CONSELL DE LA GENERALITAT QUE APROVA L'ACORD DE PRODUCTIVITAT SUBSCRIT ENTRE LA CONSELLERIA DE SANITAT I LES ORGANIZACIONS SINDICALS AMB REPRESENTACIO EN LA MESA SECTORIAL DE SANITAT

##### 1. Introducció

Els compromisos pactats en matèria de productivitat per a l'any 2004, recollits en els acords de gestió firmats en el mateix exercici amb els hospitals i equips d'Atenció Primària de la Conselleria de Sanitat, es basaven en un conjunt d'objectius globals del centre junt amb una relació d'objectius per servicis. La fixació d'estos objectius es basava en la definició d'una sèrie de models i submodels que determinaven els indicadors utilitzats per a l'avaluació de cada servici, amb un esquema comú que els agrupava en tres àrees d'avaluació:

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:

- Indicadors de qualitat, amb un pes del 25%.
- Indicadors econòmics i de producció, amb un pes del 60%.
- Indicadors de desplegament organitzatiu i professional, amb un pes del 15%.

L'experiència ha demostrat que este model és vàlid, però resulta massa complex, perquè exigix un gran esforç de recopilació i tractament d'informació la precisió del qual, a més, és perjudicada pel fet que ha de ser elaborada lluny d'on es genera.

L'any 2005, coincidint amb el desplegament de la Llei d'Ordenació Sanitària, que crea els departaments de salut com a estructures fonamentals del sistema sanitari valencià, amb les quals es pretén la màxima integració dels dispositius assistencials garantint una sanitat sense escalons, pareix necessari donar un enfocament més global a l'acord de gestió i, dins d'este enfocament, als objectius per a l'avaluació de la productivitat. Esta globalitat es manifesta en dos aspectes fonamentals:

- No hi ha un acord per a Atenció Primària i un altre per a Especialitzada, sinó que l'Acord és únic i el seu àmbit és el Departament de Salut, conté objectius la responsabilitat dels quals és imputable a l'atenció hospitalària i altres d'atribuïbles a primària, però també objectius la responsabilitat dels quals és compartida per ambdós.

- L'abast de l'acord és el Departament de Salut, i no descendix a les estructures menors en què s'organitza. És a dir, els objectius es plantegen sempre com a departamentals i, des de la Conselleria de Sanitat, només se n'avalua el compliment en este àmbit. Correspon a l'equip directiu del Departament de Salut pactar amb les unitats menors que en depenen directament (equips d'Atenció Primària, servicis hospitalaris, unitats funcionals, etc.) els objectius particulars per a maximitzar l'èxit dels globals. D'esta manera, es reforça la capacitat de gestió dels equips directius, que participen de forma directa en la determinació dels objectius de les unitats que en depenen.

## 2. Principis generals

L'any 2004 es va introduir el complement de productivitat variable, integrat en els acords de gestió firmats eixe any. Este model és el més consistent, ja que fa convergir els objectius estratègics de la Conselleria de Sanitat amb els de les unitats assistencials, per la qual cosa l'any 2005 es continua vinculant el pagament de la productivitat variable al compliment dels objectius pactats en l'acord de gestió en què, no obstant, s'introdueixen algunes millores, que es descriuen més avant, com a conseqüència del nou enfocament.

Els principis bàsics en què se sustenta el model de productivitat variable aplicat en 2005 són:

**Consistència:** el model es fonamenta en la consistència entre els objectius estratègics de l'Agència Valenciana de Salut i els dels centres, els servicis i els professionals que hi treballen, i que servixen de base per al càlcul de la productivitat variable.

**Equitat:** el model considera les diferències entre centres, servicis i professionals, incorpora nivells d'exigència segons la situació de partida de cada un, per mitjà d'uns objectius adequats a la trajectòria històrica i a la situació actual.

**Coresponsabilitat:** l'actuació dels professionals es fa en el marc d'una unitat o servici, i no té sentit avaluar-la de forma aïllada. Cada professional és avaluat per la seua actuació i per la seua contribució a l'actuació de la unitat en què s'integra, de la mateixa manera que el servici participa del grau de compliment dels objectius del centre o Departament de Salut.

**Participació:** els objectius han de ser comunicats i pactats en cada nivell amb els responsables del nivell. És a dir, els objectius del Departament de Salut es pactaran amb l'equip directiu, i també l'equip directiu pactarà amb cada responsable d'unitat (cap del servici, coordinador del centre, etc.) els objectius d'eixa unitat i, al seu torn, este responsable d'unitat pactarà amb els professionals que en depenen els objectius individuals.

**Proporcionalitat:** la compensació variable és directament proporcional al grau de l'èxit dels objectius. És a dir, no és una remuneració que es cobra en la totalitat o no es cobra en absolut, sinó que es cobra segons el grau d'aproximació als objectius pactats. Es tracta en tot cas d'un complement variable i no d'una compensació extra fixa.

- 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 servicis 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, servicis 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 servici 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 servici 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 servici, 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.

Transparència: els criteris utilitzats per a l'avaluació són coneguts prèviament, de manera que els professionals poden modificar el comportament i orientar l'actuació.

Objectivitat: els objectius s'han d'establir sempre en termes que en permeten la verificació objectiva i també una estimació fiable del grau de compliment sense ambigüitat.

Finalment, pareix recomanable eliminar les restriccions que s'han donat l'any 2004 per a la participació en el programa d'incentivació i que han motivat l'exclusió d'alguns professionals no pel que han fet durant eixe any, sinó pel que han fet en els anteriors (antiguitat i permanència en el servei).

### 3. Comissions de seguiment i avaluació

Amb la finalitat de fer el seguiment de l'aplicació estricta dels acords de gestió i la productivitat variable i d'acord amb el plantejament descentralitzat, s'establixen comissions de seguiment a dos nivells: central i departamental.

A més, l'Agència Valenciana de Salut farà els estudis i les auditories que necessite per a verificar que el procediment i les dades aportades s'atenen a tot allò que s'ha indicat en l'Acord de Gestió 2005 i que es garanteix la transparència i efectivitat del procés, amb èmfasi especial en els aspectes relacionats amb la difusió i la comunicació de l'acord a tot el personal implicat.

#### 3.1. Comissió central de seguiment i avaluació

##### Composició

– President: el secretari autonòmic de Sanitat o el director general de l'Agència Valenciana de la Salut que hi delegue.

– Secretari: el director d'Assistència Sanitària de Zona que es designe.

– Vocals: el director general de Recursos Econòmics, el director general d'Assistència Sanitària, el director general de Qualitat i Atenció al Pacient i un representant de cada un dels sindicats presents en la Mesa Sectorial de Sanitat que no s'haja oposat a este acord de productivitat.

##### Funcions

1. Fer el seguiment dels acords de gestió i, en particular, de la gestió integrada i els indicadors associats al repartiment d'incentius, supervisar el compliment dels compromisos pactats, amb especial atenció als terminis d'execució.

2. Aprovar l'avaluació dels objectius globals i la distribució de les partides econòmiques corresponents a cada departament en funció del grau de consecució dels objectius.

3. Conèixer i supervisar els objectius particulars pactats dins de cada departament amb les unitats funcionals.

4. Conèixer i supervisar els programes o línies d'actuació pactats dins de cada departament per a avançar en la gestió integrada.

5. Conèixer i supervisar el resultat de l'avaluació de les unitats funcionals de cada departament en relació amb el compliment dels objectius particulars que hagen sigut pactats.

##### Funcionament i calendari d'actuacions

La comissió central té capacitat per a interpretar els criteris de manera que facilite l'avaluació dels compromisos i es reünix tantes vegades com siga necessari per a fixar el procediment de les seues actuacions.

Per a facilitar el seguiment i l'avaluació de l'acord, la comissió central ha d'establir mecanismes que permeten als equips directius dels departaments de salut tindre informació, al llarg de l'any, del seu progrés en el grau de compliment dels objectius.

A més de les reunions que es consideren necessàries per al compliment dels seus fins, es reünix obligatòriament en les ocasions següents:

– Abans del 30 d'abril, es reünix separatament amb cada un dels equips directius dels departaments de salut sotassignats, per a pactar els valors exactes dels objectius en cada indicador.

– Abans del 30 de juny, es reünix per a verificar que totes les comissions departamentals han enviat la documentació.

#### 3.2. Comissió departamental de seguiment i avaluació

##### Composició

– President: el director del departament.

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 atienden 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 separatamente 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.

– Secretari: el subdirector econòmic o el cap del servici equivalent de l'àrea de gestió econòmica.

– Vocals: el director o subdirector mèdic, el director econòmic, el director o subdirector d'Infermeria, un representant de la Junta de Personal dels sindicats presents en la Mesa Sectorial de Sanitat que no s'haja oposat a este acord de productivitat, un representant de la Junta de l'Hospital, un representant dels professionals d'Atenció Primària del Departament de Salut.

#### Funcions

1. Fer el seguiment dels acords de gestió i productivitat variable en l'àmbit del Departament de Salut, supervisant-ne el compliment estricte, en particular pel que fa a terminis d'execució

2. Aprovar la llista de personal inclòs en cada unitat funcional amb dret a participar en el programa de productivitat variable.

3. Aprovar l'avaluació dels objectius i la distribució de les partides econòmiques corresponents a cada unitat funcional segons el grau de consecució dels objectius i del personal que hi estiga inclòs.

4. Conèixer i supervisar els objectius pactats dins de cada unitat funcional amb els seus professionals, en els casos en què s'exercisca este dret.

5. Aprovar l'import per persona, en concepte de productivitat variable, segons els resultats obtinguts, d'acord amb el que disposa l'apartat 7.

#### 4. Àmbit d'aplicació

##### 4.1. Centres, unitats i servicis inclosos

Tots els centres, unitats i servicis dependents de l'Agència Valenciana de la Salut integrats en un Departament de Salut podran participar en el programa de productivitat variable. Per a això, han de pactar objectius amb la instància superior de què depenguen en els termes recollits en este text.

També podran participar en el programa de productivitat variable els treballadors del Centre de Transfusió de la Comunitat Valenciana i d'hospitals de llarga estada, i el personal del Servici d'Emergències Sanitàries no inclòs en la productivitat específica del SAMU.

##### 4.2. Professionals implicats

Tots els professionals vinculats contractualment a un centre, unitat o servici inclòs en l'àmbit d'aplicació delimitat en l'apartat anterior, exclòs el personal en formació, poden beneficiar-se de la productivitat variable condicionada a l'èxit dels objectius determinats d'acord amb la metodologia recollida en este text. A més, han de tindre els requisits següents:

– Estar adscrits a una o més unitats funcionals. Si un treballador s'adscriu a més d'una unitat funcional, participa en cada una de manera parcial. Se li assigna un coeficient de participació relacionat amb cada unitat. El coeficient de participació d'un treballador en una unitat funcional mai ha de ser superior a la proporció de dies efectius treballats en la unitat referit a l'any 2005 complet.

– La suma dels coeficients de participació d'un mateix treballador referits a la totalitat d'unitats funcionals en què s'integra mai ha de ser superior a la proporció de dies efectius treballats durant l'any 2005 i, en conseqüència, mai ha de superar la unitat. Queden exclòs els treballadors per als quals este últim valor no siga major o igual a 0,25.

– Disposar d'objectius propis sobre els quals ser avaluat, que depenen dels diferents col·lectius de la forma següent:

\* Personal directiu: s'avalua sobre el grau de compliment dels objectius globals del Departament de Salut.

\* Resta del personal: s'avalua sobre el grau de compliment dels objectius de la unitat o unitats funcionals en què s'integra i, si en té, dels objectius individuals pactats amb els responsables de les unitats esmentades.

#### 5. Característiques del model

##### 5.1. Aspectes generals

Tant els objectius globals del Departament de Salut com els de les unitats o els professionals s'expressen, preferentment, en termes d'indicadors. Si no és així, es determina amb precisió i sense cap tipus

– 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 dependen 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

d'ambigüitat en què consistix l'objectiu i com se'n valora el compliment segons els resultats possibles.

Per a cada un dels indicadors s'establix un valor de referència, que és el valor de l'indicador referit a l'any 2004, i es determina l'objectiu que s'ha d'aconseguir. La mesura en què, partint del valor de referència, el resultat obtingut s'aproxima al valor objectiu en determina el grau de consecució. L'expressió per al càlcul de la proporció d'objectiu complida és la següent:

$$\text{cumplimiento} = \frac{\text{Resultado} - \text{Referencia}}{\text{Objetivo} - \text{Referencia}} \quad (1)$$

Cada objectiu tindrà un pes relatiu, de manera que la suma dels pesos de tots els objectius aplicables a un Departament de Salut, unitat o professional és 100. El nombre de punts obtingut per un Departament de Salut, unitat o professional és:

$$\text{Puntos} = \sum (\text{cumplimiento del objetivo } i) (\text{peso del objetivo } i) \quad (2)$$

## 5.2. Objectius globals del Departament de Salut

Els objectius globals del Departament de Salut s'establixen sobre la millora d'indicadors relacionats amb les línies estratègiques definides per l'Agència Valenciana de Salut i que són les següents:

Línies estratègiques	Pes
1. Millora dels sistemes d'informació	7
1.1 Qualitat de la informació enregistrada	4
1.2 Implantació de sistemes d'informació estratègics	3
2. Millora de l'accessibilitat de l'assistència	18
2.1 Disminució de demores en consultes	3
2.2 Disminució de demores en proves i exploracions	4
2.3 Disminució de demores en intervencions quirúrgiques	11
3. Millora de la seguretat de l'assistència	5
3.1 Reducció d'esdeveniments adversos	3
3.2 Implantació d'iniciatives de garantia de seguretat	2
4. Millora de l'atenció específica de la dona i el xiquet	5
5. Increment de l'ús d'alternatives a l'hospitalització tradicional	5
5.1 Increment de l'ambulatorització de processos	2
5.2 Increment de l'activitat d'hospital de dia	1,5
5.3 Increment de l'activitat d'hospitalització a domicili	1,5
6. Millora dels resultats econòmics	15
7. Millora de l'adequació de la prescripció farmacèutica	20
7.1 Indicadors de qualitat de la prescripció	12
7.2 Indicadors ajustats de despesa per habitant	8
8. Millora de l'adequació de la utilització de recursos	5
9. Millora de la continuïtat d'atencions	5
10. Disseny de processos i gestió clínica	5
11. Millora de la satisfacció dels pacients	5
12. Millora dels índexs d'absentisme	5

Nota: els apartats que es valoren amb més d'un indicador repartixen el pes entre els indicadors de forma equitativa.

L'acord de gestió firmat amb el Departament de Salut recull les línies estratègiques esmentades, i també els indicadors per mitjà dels quals es proposa avaluar-les i que es troben en l'annex II. Es precisa, per a cada un, el sentit en què s'espera que evolucionen. Açò permet, ja des del principi, que l'equip directiu del Departament de Salut pugua començar a pactar, amb les unitats funcionals que en depenen, les línies de millora sobre les quals estes unitats han d'orientar els seus esforços al llarg de l'any.

Els valors definitius que s'establisquen com a objectius per al Departament de Salut es comunicaran a l'equip directiu una vegada estiguen disponibles les dades de l'exercici anterior i en siga factible el càlcul. La metodologia per a la determinació és la que ja es va proposar per a l'any 2004 i que recull l'annex. Sobre la base dels valors obtinguts per este procediment es pacta amb l'equip directiu de cada Departament de Salut el valor definitiu que es fixa com a objectiu per a l'any 2005. L'equip directiu ha de justificar i documentar les eventuais modificacions a la proposta inicial.

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:

Líneas estratégicas	Peso
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.

Des de l'Agència Valenciana de la Salut s'han d'establir els mecanismes per a, segons la disponibilitat de les dades procedents dels sistemes d'informació centralitzats, poder facilitar a cada Departament de Salut al llarg de l'any, i de forma periòdica, el grau en què es van aproximant als objectius pactats. Es poden establir les mesures correctores adequades abans de finalitzar l'exercici.

### 5.3. Determinació d'objectius de les unitats funcionals

L'equip directiu del Departament de Salut és el responsable de definir les unitats funcionals en què s'estructura, a fi d'establir objectius propis per a cada una que permeten fer efectiu el pagament de la productivitat variable d'acord amb el model recollit en este document. També és l'equip directiu del Departament de Salut el que ha de reunir-se amb el responsable de cada una d'estes unitats funcionals i pactar els objectius que serviran per a avaluar-la. Encara que cada equip directiu té llibertat per a definir la seua estratègia i aplicar el criteri propi a l'hora de fixar els objectius esmentats, ha de tindre's en compte que estos objectius han de pretendre que cada unitat funcional contribueisca en la major mesura possible a maximitzar l'èxit del Departament de Salut en conjunt. En el cas contrari, i d'acord amb els criteris de distribució de l'assignació econòmica proposats, l'esforç de la unitat pot acabar no traduint-se en una productivitat alta per als components.

Des del moment en què l'equip directiu del Departament de Salut conega les línies estratègiques i els indicadors amb què s'hi mesura l'avanç, ja pot pactar amb cada unitat funcional els objectius, bé en termes genèrics o bé sobre valors concrets que poden ajustar-se, si és necessari, una vegada coneguts els valors definitius que s'exigixen al Departament de Salut. D'esta manera, es minva l'efecte que té el desfasament inevitable entre la disponibilitat de la informació en els sistemes centrals i la repercussió en el càlcul exacte dels objectius.

En qualsevol cas, i com a garantia d'objectivitat de tot el procés, els objectius pactats amb les unitats funcionals de cada Departament de Salut s'han de comunicar per escrit a la comissió central de seguiment dels Acords de Gestió de 2005 i han de ser firmats pel responsable de la unitat com a prova d'acceptació. El responsable esmentat certifica, al mateix temps, que els objectius de la unitat són coneguts per tots els components.

### 5.4. Determinació d'objectius individuals

En el cas que el responsable d'una unitat funcional decidisca pactar objectius individuals per a cada professional s'han de respectar les exigències següents:

- La possibilitat de pactar objectius individuals s'oferix a tots els professionals inclosos, pel que fa a productivitat, en la unitat funcional.

- Els objectius són pactats individualment i firmats pel treballador com a prova d'acceptació.

En este cas, el mecanisme és el mateix que en fixar objectius a les unitats respecte al Departament de Salut. És a dir, encara que hi ha llibertat de criteris, és lògic es busque amb els objectius individuals maximitzar l'èxit de la unitat.

Els objectius individuals han de ser comunicats per escrit a la comissió de seguiment del Departament de Salut, amb la signatura del professional com a prova d'acceptació.

### 6. Avaluació del compliment d'objectius

L'avaluació del compliment d'objectius, per a un indicador donat, es fa d'acord amb l'expressió (1), i la proporció de compliment no pot ser inferior a 0 ni superior a 1.

L'avaluació del grau de compliment dels objectius del Departament de Salut la fa la comissió central de seguiment i es documenta bé. S'inclou per a cada indicador:

- valor de referència.
- valor de l'objectiu pactat.
- resultat obtingut pel departament de salut.
- percentatge de compliment de l'objectiu, d'acord amb l'expressió (1).
- pes de l'indicador.
- punts obtinguts (producte d'estos dos últims valors).

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 maximitzar 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).

– comentarís pertinents.

L'avaluació del grau de compliment dels objectius d'una unitat funcional la fa la comissió departamental de seguiment, i és documentada igualment. S'inclouen necessàriament les dades indicades en la llista anterior.

L'avaluació del compliment individual la fa el responsable de la unitat amb documents i basada sempre en criteris objectius. La comissió departamental de seguiment ha de rebre una còpia d'esta documentació i supervisa que s'adeqüe al que disposa este text.

Cada unitat funcional té un personal equivalent que és el resultat de l'expressió:

$$\text{Personal equivalent UF} = (\text{nombre grup A}) + 0,65(\text{nombre grup B}) + 0,4(\text{nombre grup C}) + 0,3(\text{nombre grup D}) + 0,15(\text{nombre grup E}) \quad (3)$$

On el personal de cada grup és el resultat de l'expressió (4) sumada per a tots els treballadors del grup que hagen prestat els seus servicis en la unitat funcional i tinguen dret a participar en el programa de productivitat variable d'acord amb el que establix l'apartat 4.2:

$$\text{N}^\circ \text{ grup} = \frac{\sum (\text{Dies treballats pel professional } i \text{ en la UF durant 2005})}{365} \quad (4)$$

Els punts totals obtinguts per una unitat funcional seran el resultat de multiplicar els punts obtinguts per la unitat en avaluar el compliment d'objectius, pel personal equivalent.

$$\text{Punts totals UF} = (\text{punts UF})(\text{personal equivalent UF}) \quad (5)$$

Els punts obtinguts per un professional que tinga assignats indicadors individuals són el resultat de l'expressió:

$$\text{Punts totals treballador} = [0,6(\text{punts treballador}) + 0,4(\text{punts UF})](\text{dies efectius treballats})/365 \quad (6)$$

On Punts treballador representa els punts que el treballador ha obtingut sobre els objectius individuals. Lògicament, tant punts UF com punts treballador han de tindre un valor entre 0 i 100.

En el cas de treballadors que no tinguen objectius individuals, els punts totals coincidiran amb els punts de la unitat funcional a què pertanyen, multiplicats pels dies efectius treballats i dividits per 365 en ambdós casos.

$$\text{Punts totals treballador} = (\text{punts UF})(\text{dies efectius treballats})/365 \quad (7)$$

L'avaluació del compliment d'objectius de cada Departament de Salut la fa la comissió central de seguiment de l'acord. El nombre de punts obtinguts pel Departament de Salut és el resultat de l'expressió (2), sumada per a tots els indicadors sobre els quals s'han establert objectius. Este valor és el que servix de referència per a avaluar l'equip directiu, que obté els punts següents:

$$\text{Punts totals directius} = (\text{punts departament})(\text{personal directiu equivalent}) \quad (8)$$

On el personal directiu equivalent és el determinat per les expressions (3) i (4) aplicades a l'equip directiu.

#### 7. Distribució de l'assignació econòmica

Els diners disponibles per a repartir en el Departament de Salut en concepte de productivitat variable són el resultat dels punts totals obtinguts pel Departament de Salut i també del total de tots els departaments de salut. Així, per a un departament i, la quantitat disponible és:

$$\text{Quantitat departament}(i) = \frac{\text{punts totals departament}(i)}{\sum_{j=1}^{22} \text{punts totals departament}(j)} (\text{quantitat total}) \quad (9)$$

– 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. Lògicamente 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:

$$\text{Cantidad Departamento}(i) = \frac{\text{Puntos totales Departamento}(i)}{\sum_{j=1}^{22} \text{Puntos totales Departamento}(j)} (\text{Cantidad total}) \quad (9)$$

De la mateixa manera, la quantitat que ha de percebre un treballador(j) del departament i és:

$$\text{Quantitat}(i, j) = \frac{\text{punts totals treballador}(j)}{\sum_{k=1}^n (\text{factor grup treballador}(k))(\text{punts totals treballador}(k))} \cdot (\text{quantitat } i) \quad (8)$$

On els factors de grup són els coeficients de proporcionalitat utilitzats en l'expressió (3).

Els treballadors que obtinguen menys de 30 punts no reben complement de productivitat, per la qual cosa la suma de l'expressió (8) s'estén només sobre els que tenen 30 o més punts.

## ANNEX I

### Metodologia per a la determinació d'objectius

La definició d'objectius concrets per a cada un dels departaments de salut es fa, excepte en casos excepcionals, de manera individualitzada. Cada Departament de Salut té un objectiu propi per a cada indicador i és, generalment, diferent del de la resta de departaments de salut. La determinació té en compte tant la trajectòria històrica del Departament de Salut, pel que fa a l'indicador en qüestió, com la situació relativa respecte a la resta de departaments de salut en el moment actual. L'objectiu es definix partint d'esta informació i amb l'aplicació d'unes regles bàsiques que són les següents:

1. Tot el que ha empitjorat he de recuperar, almenys, el que perd.

2. Millora contínua delimitada: el que ha millorat ha de mantindre, almenys, el 50% de la taxa de millora. Si hi ha un valor òptim, no cal sobrepassar-lo.

3. Cap Departament de Salut ha de tindre un objectiu inferior a la mitjana de la situació de partida.

4. Als que estan millor se'ls exigix un menor esforç de millora i als que estan pitjor han de fer un major esforç de millora.

L'aplicació d'este model fa que els objectius de tots els departaments de salut de la mateixa especialitat convergisquen a un mateix valor en molt pocs anys. Este requisit de convergència fa que el grau d'esforç siga menor per als que estan millor situats i major per als que partixen d'una situació més desfavorable (regla 4). No obstant això, no se'ls penalitza amb "objectius impossibles" que poden disuadir de l'esforç per la consecució ja que, en el pitjor dels casos, la referència per a la millora la constituïx o bé una posició que el Departament de Salut ja ha demostrat ser capaç d'aconseguir (regla 1) o bé una situació que han sigut capaços d'aconseguir, almenys, la meitat dels centres (regla 3).

La seqüència d'operacions que determinen el valor de l'objectiu assignat a un Departament de Salut per a un indicador determinat es descriu esquemàticament a continuació:

1. Es definix el sentit de l'indicador. Si és un indicador negatiu, s'ha de buscar com a objectiu reduir-ne el valor; si és positiu, el que es desitja és que s'incremente. Es pot donar també el cas que l'objectiu siga l'aproximació a un valor de referència, de manera que els que estan per damunt d'eixe valor han de disminuir i els que estan per davall han d'augmentar. També es determina si hi ha un valor òptim per a l'indicador, de manera que als departaments de salut que el complixen només se'ls exigix mantindre-s'hi.

2. Es calcula el valor de l'indicador per a cada un dels departaments de salut que es consideren inclosos en el mateix grup. Açò es fa per als dos últims anys de què es disposa d'informació completa i fiable.

3. Es calcula l'increment interanual per a cada un dels departaments de salut, a partir dels valors obtinguts en el pas anterior.

4. Es determina quin és la mitjana de les dades de l'últim any.

5. Es busca quin és el Departament de Salut millor situat en les dades de l'últim any i s'establix, amb l'aplicació de les regles detallades en l'apartat 2.3.1, quin és el seu objectiu.

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

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

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. Es determina, pel mateix procediment, quin és l'objectiu per al Departament de Salut pitjor situat.

7. S'establix l'objectiu per a la resta de departaments de salut de forma lineal, segons els objectius fixats per al millor i el pitjor situats.

## ANNEX II

### Indicadors

#### 1. Millora dels sistemes d'informació

Objectiu: els sistemes d'informació sanitaris s'han convertit en un element estratègic de gran valor per la rellevància en la gestió i planificació. L'Agència Valenciana de la Salut està fermament compromesa amb la implantació i millora d'estos sistemes, i està al capdavant dels servicis de salut en este àmbit, per la qual cosa es considera fonamental reforçar el bon ús dels sistemes d'informació actuals i potenciar la implantació dels nous.

##### 1.1. Qualitat de la informació enregistrada

Objectiu: millorar el nivell de qualitat de les dades que es capturen a través dels sistemes d'informació, amb la finalitat de millorar la fiabilitat de l'anàlisi i d'augmentar la capacitat per a prendre decisions que s'hi basen.

Indicador de qualitat de la informació en el CMBD

Objectiu: millorar el nivell de codificació del CMBD i reduir la presència de GRD inespecífics.

Indicador de qualitat de la informació en ACTIQUI

Objectiu: millorar el nivell de codificació de diagnòstics i procediments per a poder utilitzar sistemes d'ajust de rendiments en l'activitat quirúrgica. Millorar també el nivell de codificació del número SIP com a identificador clau del pacient que permeta fer l'anàlisi de la informació agregada de tots els departaments de salut.

Indicador de qualitat de la informació en LEQ

Objectiu: millorar el nivell de codificació de procediments i del número SIP com a identificador clau del pacient que permeta fer el seguiment de la informació agregada de tots els departaments de salut.

Indicador de la qualitat del diagnòstic en SIA

Objectiu: la codificació de les malalties i procediments en els contactes de SIA és imprescindible per al càlcul de la morbiditat, actuacions i l'assistència automàtica en les decisions clíniques, i facilita la gestió clínica.

Indicador de tractaments farmacològics amb codi CIM associat

Objectiu: la relació del diagnòstic amb la indicació terapèutica és bàsica per a poder fer un ús racional del medicament.

Indicador de l'associació correcta talonari de receptes – prescriptor en Gaia

Objectiu: és imprescindible una assignació correcta al CLA (codi de lloc assistencial) i facultatiu per a conèixer on es produïx una prescripció.

##### 1.2. Implantació de sistemes d'informació estratègics

Objectiu: potenciar la implantació de sistemes d'informació estratègics, reforçar-ne la utilització des del principi i crear-ne bons hàbits d'ús.

Índex d'utilització de SIA-CIT

Objectiu: conèixer la usabilitat i la freqüència d'utilització del sistema d'informació ambulatoria.

Índex d'utilització de la història clínica electrònica

Objectiu: conèixer el grau d'utilització de la història clínica electrònica ambulatoria.

Índex de planificació personal de contactes

Objectiu: la planificació per part del facultatiu de contactes concertats i successius és un aspecte clau en la qualitat de la gestió de l'agenda. La cita realitzada des del contacte simplifica l'accés del pacient als servicis del sistema sanitari.

Índex d'interconsultes citades des d'Atenció Primària

Objectiu: millorar l'accessibilitat del ciutadà a l'assistència especialitzada ambulatoria.

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 las 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 estratègics

Objetivo: Potenciar la implantación de sistemas de información estratègics, 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 electrònica:

Objetivo: Conocer el grado de utilización de la historia clínica electrònica 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.

Índex d'interconsultes citades des del contacte d'Atenció Primària

Objectiu: involucrar el metge com a agent sanitari capaç de racionalitzar les cites mèdiques pendents del pacient en especialitzada.

Indicador de mecanització d'informes d'IT

Objectiu: facilitar la desburocratització de la consulta mèdica i garantir la qualitat de la informació.

Indicador d'ús de receptes electròniques

Objectiu: facilitar la desburocratització de la consulta mèdica i garantir la qualitat de la informació.

Indicador d'ús de receptes electròniques planificades:

Objectiu: facilitar la desburocratització de la consulta mèdica i l'accés dels pacients als tractaments farmacològics.

Visita mèdica

Objectiu: monitoritzar el compliment de la normativa sobre visita mèdica.

Visat electrònic

Objectiu: facilitar la desburocratització de la consulta mèdica, l'accés dels pacients als tractaments farmacològics i la qualitat de la informació sanitària.

Registre Nominal de Vacunes

Objectiu: millorar la qualitat de la informació sobre l'estat vacunal de la població. Es valora el percentatge de cobertura vacunal enregistrat en els sistema d'informació RVN i Siapwin.

Indicador d'implantació del sistema de compensació intercentres (Compàs)

Objectiu: garantir la puntualitat i la cobertura de la informació que serveix de base a la captura de dades per al sistema de compensació intercentres.

Indicador de cobertura de l'entrega de la Nota informativa

Objectiu: ampliar la cobertura de l'entrega de la Nota Informativa als pacients sobre el cost de l'assistència hospitalària.

2. Millora de l'accessibilitat de l'assistència

Objectiu: l'accessibilitat de l'assistència sanitària és una de les dimensions de la qualitat assistencial que més influïxen en la percepció que tenen els ciutadans del funcionament del sistema sanitari. Qualsevol estratègia capaç de millorar l'accessibilitat té un gran impacte en eixa percepció i en la satisfacció dels pacients, per la qual cosa l'Agència Valenciana de la Salut inclou les actuacions en este sentit com una de les línies estratègiques més prioritàries.

Les definicions que s'utilitzen en els indicadors s'ajusten al que recull l'annex I del Reial Decret 605/2003, de 23 de maig, que estableix mesures per al tractament homogeni de la informació sobre les llistes d'espera en el Sistema Nacional de Salut.

2.1. Disminució de demores en consultes

Demora mitjana en primeres consultes d'Atenció Especialitzada

Objectiu: reduir el temps de mitjana, expressat en dies, que porten esperant tots els pacients amb sol·licitud de cita a primera data disponible i que estan pendents de ser vistos en Atenció Especialitzada. S'entén com a temps d'espera la diferència, en dies naturals, entre la data de registre de la sol·licitud i la data de tall. El càlcul de l'indicador és:

Espera mitjana en primeres consultes d'Atenció Especialitzada

Objectiu: reduir el temps de mitjana, expressat en dies, que han esperat els pacients procedents del registre fins que els atén l'especialista. Per als pacients atesos en la primera data disponible, el temps d'espera es calcula, en dies naturals, a partir de la diferència entre la data d'entrada en el registre i la data de la visita. Per als pacients atesos en una data proposada pel metge responsable o pel propi pacient, el temps d'espera es calcula a partir de la diferència entre la data de cita sol·licitada i la data de la visita.

Temps de mitjana de citació d'interconsultes per mitjà de SIA

Objectiu: millorar els temps de resposta de les interconsultes realitzades des d'Atenció Primària a Especialitzada. L'indicador s'obté de SIA contra agendes d'Iris/Higia i és un excel·lent aproximador de la demora en primeres visites.

Percentatge de pacients que esperen més de 90 dies per a una primera visita en Atenció Especialitzada

Objectiu: millorar l'accessibilitat en les consultes d'Atenció Especialitzada com un component de la qualitat assistencial evitant que hi haja demores per damunt de 90 dies.

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 intercentres (COMPÁS):

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

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.

Percentatge de pacients que esperen més de 2 dies per a una visita en Atenció Primària

Objectiu: millorar l'accessibilitat en les consultes d'Atenció Primària com un component de la qualitat assistencial.

### 2.2. Disminució de demores en proves i exploracions

Demora mitjana en proves i exploracions

Objectiu: reduir el temps de mitjana, expressat en dies, que porten esperant tots els pacients amb sol·licitud de cita en la primera data disponible i que estan pendents d'una prova o exploració de les que inclou el Reial Decret 605/2003, de 23 de maig. S'entén com a temps d'espera la diferència, en dies naturals, entre la data de registre de la sol·licitud i la data de tall. El càlcul de l'indicador és:

Espera mitjana en proves i exploracions

Objectiu: reduir el temps de mitjana, expressat en dies, que han esperat els pacients procedents del registre fins a la realització d'una prova o exploració de les que inclou el Reial Decret 605/2003, de 23 de maig. Per als pacients atesos en la primera data disponible, el temps d'espera es calcula, en dies naturals, a partir de la diferència entre la data d'entrada en el registre i la data de la visita. Per als pacients atesos en una data proposada pel metge responsable o pel propi pacient, el temps d'espera es calcula a partir de la diferència entre la data de cita sol·licitada i la data de la visita.

Percentatge de pacients que esperen més de 90 dies per a una prova o exploració

Objectiu: millorar l'accessibilitat en les proves o exploracions que inclou el Reial Decret 605/2003, de 23 de maig, com un component de la qualitat assistencial, evitant que hi haja demores per damunt de 90 dies.

### 2.3. Disminució de demores en intervencions quirúrgiques

Demora mitjana en intervencions quirúrgiques

Objectiu: reduir el temps mitjana, expressat en dies, que porten esperant tots els pacients que estan pendents d'una intervenció quirúrgica. S'entén com a temps d'espera la diferència, en dies naturals, entre la data de registre de la sol·licitud i la data de tall. El càlcul de l'indicador és:

Espera mitjana en intervencions quirúrgiques

Objectiu: reduir el temps de mitjana, expressat en dies, que han esperat els pacients intervinguts de forma programada. El temps d'espera es calcula, en dies naturals, a partir de la diferència entre la data d'entrada en el registre de llista d'espera i la data de la visita.

Percentatge de pacients que esperen més de 90 dies per a una intervenció quirúrgica

Objectiu: millorar l'accessibilitat en les intervencions quirúrgiques com un component de la qualitat assistencial, evitant que hi haja demores per damunt de 90 dies.

Relació entre l'espera mitjana i la demora mitjana quirúrgica

Objectiu: garantir la millora en la gestió de la llista d'espera, aconseguint que s'intervenga abans els pacients amb majors demores.

Variabilitat dels temps d'espera en intervencions quirúrgiques, ajustats per patologies o procediments

Objectiu: garantir la millora en la gestió de la llista d'espera, minimitzant la diferència entre les esperes dels pacients.

## 3. Millora de la seguretat de l'assistència

### 3.1 Reducció d'esdeveniments adversos

Taxa de reingressos a 3 dies

Objectiu: monitorització i reducció de la recurrència d'hospitalitzacions per resolució insuficient durant episodis previs.

Úlceres de decúbit

Objectiu: reduir episodis de complicacions nosocomials evitables.

Fracàs en el rescat

Objectiu: reduir la mortalitat en pacients que desenvolupen determinats tipus de complicacions greus.

Pneumotòrax iatrogènic

Objectiu: reduir el nombre de casos de pneumotòrax iatrogènic.

Exitus en GRD de baixa mortalitat

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 tiempos 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 recurrència 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.

Objectiu: extremer el zel en la monitorització i reducció dels esdeveniments adversos que no són esperables per les característiques dels pacients o els procediments.

### 3.2. Implantació d'iniciatives de garantia de seguretat

Iniciatives documentades de garantia de seguretat assistencial

Objectiu: incrementar l'existència documentada i monitoritzable dels centres i servicis sanitaris en estratègies de control i garantia de la qualitat i seguretat assistencial.

### 4. Millora de l'atenció específica de la dona i el xiquet

Taxa de cesàries

Objectiu: incentivar l'ús apropiat de les cesàries.

Taxa de parts vaginals amb anestèsia epidural

Estada mitjana en part eutòcic

Objectiu: reduir el nombre d'estades inapropiades en el part.

Embarassos amb seguiment en SIA des d'Atenció Primària

Objectiu: millorar el seguiment protocol·litzat de l'embaràs en Atenció Primària com a element per a l'increment de la salut maternoinfantil.

Xiquets amb seguiment de l'examen de salut en SIA per Atenció Primària

Objectiu: millorar el seguiment protocol·litzat del xiquet en Atenció Primària com a element per a l'increment de la salut maternoinfantil.

Temps total des del cribatge fins a l'inici del tractament en càncer de mama

Objectiu: millorar els temps de resposta del sistema sanitari en la patologia oncològica de mama.

### 5. Increment de l'ús d'alternatives a l'hospitalització tradicional

#### 5.1. Increment de l'ambulatorització de processos

Índex ajustat d'ambulatorització

Objectiu: incentivar la resolució de processos per mitjà de l'ús apropiat de la cirurgia major ambulatoria.

#### 5.2. Hospital de dia

Objectiu: incrementar l'activitat d'hospitalització a domicili.

Nombre de visites totals

Índex de rotació de llocs

#### 5.3. Hospitalització a domicili

Objectiu: incrementar l'activitat d'hospitalització a domicili.

Nombre de visites totals per estada

Índex d'ocupació

### 6. Millora dels resultats econòmics

Variació de la despesa corrent per unitat de producció

Objectiu: desaccelerar el creixement de la despesa i millorar la productivitat real.

Facturació intercentres prevista en el compte de resultats a l'inici de l'exercici

Objectiu: incentivar el registre de l'activitat en els sistemes d'informació i mesurar els fluxos de pacients exclosos de la càpita que han de ser objecte de facturació intercentres.

Millora de la despesa farmacèutica per estada hospitalària

Objectiu: racionalitzar el consum farmacèutic en l'àmbit hospitalari i, amb això, desaccelerar el creixement de la despesa.

### 7. Millora de l'adequació de la prescripció farmacèutica

#### 7.1. Indicadors de qualitat de la prescripció

Objectiu: la utilització d'indicadors de qualitat de prescripció, en el marc de la millora de la qualitat assistencial i l'ús racional del medicament, ocupa un lloc destacat. En esta línia estratègica de l'Agència Valenciana de Salut, la bateria d'indicadors es conforma al voltant dels grups terapèutics de major pes en la prestació farmacèutica. En determinats grups terapèutics, els departaments podran proposar l'indicador de millora de qualitat.

#### 1. Racionalització del consum d'antibiòtics

Objectiu: l'objectiu bàsic de la inclusió d'este indicador és intentar minimitzar el desplegament de resistències antibiòtiques en el nostre entorn, atés que la bibliografia posa de manifest l'alt nivell d'ús d'este grup de fàrmacs en comparació amb altres països del nostre entorn. Així, l'OMS recomana nivells d'ús per al grup terapèutic per davall de 21 DHD.

Objetivo: Extremer 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 maternoinfantil.

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 maternoinfantil.

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 patologia 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 esta 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 antibiòticas 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 (dosi habitant dia d'antibacterians sistèmics)  
 DDD antibiòtics de primer nivell / DDD d'antibacterians sistèmics

2. Racionalització del consum d'antiinflamatoris

Objectiu: es pretén abordar la minimització del risc de complicacions per consum d'antiinflamatoris i la maximització de la utilització dels principis actius que presenten menor risc d'hemorràgia digestiva (especialment ibuprofè).

DHD M01A (dosi habitant dia de productes antiinflamatoris i antirreumàtics no esteroides)

DDD principis actius d'elecció / DDD M01A

3. Racionalització del consum d'antihipertensius

Objectiu: en este grup es pretén potenciar la utilització, segons les últimes recomanacions internacionals, dels fàrmacs de primera elecció (beta blocadors i diürètics), i també la utilització d'IECA com a fàrmacs de segona línia.

DDD diürètics i betablocadors / DDD de tots els antihipertensius

DDD IECA / DDD ARA II + DDD IECA

4. Racionalització de la utilització d'inhibidors de la bomba de protons

Objectiu: potenciar la utilització de l'omeprazol sobre altres principis actius del mateix grup pels nivells d'evidència i eficiència que mostra la bibliografia.

DHD d'inhibidors de la bomba de protons

DDD omeprazol / DDD inhibidors bomba de protons

5. Racionalització de la utilització d'estatines

Objectiu: el control de la hipercolesterolèmia és una de les principals estratègies per al control de les malalties cardiovasculars. Una dieta adequada i un estil de vida saludable poden reduir el risc de malaltia coronària i cerebrovascular. Segons els resultats dels assajos clínics publicats fins a la data, es pot afirmar que les estatines no han demostrat proporcionar un benefici global en prevenció primària, és a dir, en els pacients que no han patit o patixen en l'actualitat una malaltia cardiovascular. Les recomanacions de la utilització han de fer-se basades en els resultats dels estudis realitzats i tenint en compte el cost del tractament.

Indicador d'ús relatiu proposat pel departament

6. Racionalització de la utilització d'antiasmàtics

Objectiu: l'abordatge terapèutic de l'asma residix en el tractament simptomatològic per mitjà de l'ús de broncodilatadors i etiològic amb fàrmacs antiinflamatoris, si els primers no són suficients per a controlar la malaltia. Les recomanacions s'han de fer basades en els resultats dels estudis i tenint en compte el cost del tractament.

Indicador d'ús relatiu proposat pel departament

7. Racionalització de la utilització de tranquil·litzants, hipnòtics i antidepressius

Objectiu: el nivell de prescripció elevat en Atenció Primària i els problemes derivats de l'abús determinen l'interès de fer-ne el seguiment.

DHD tranquil·litzants i hipnòtics

DHD N06A

Indicador d'ús relatiu proposat pel departament

8. Utilització de fàrmacs nous sense aportació rellevant (potencial C)

Objectiu: disminuir la utilització de novetats terapèutiques, dels últims 5 anys, que no aporten cap avantatge terapèutic segons l'evidència. Els principis actius inclosos per al càlcul del valor inicial es mantindran en el numerador durant tot el període d'avaluació

DDD potencial C (últims 5 anys) / total DDD d'especialitats farmacèutiques

9. Utilització de genèrics

Objectiu: l'ocupació d'indicadors d'utilització de medicaments genèrics es justifica perquè usar-ne comporta, a més d'una millora en l'eficiència, un augment de la qualitat de prescripció associada a la prescripció per principi actiu.

Despesa farmacèutica per habitant estandarditzat

DHD J01 (Dosis habitante día antibacterianos sistèmics)  
 DDDs Antibióticos primer nivel/ DDDs antibacterianos sistèmics

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 utilización 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 antidepressivos.

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

DDDs Potencial C (últimos 5 años) / total DDDs 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. Millora de l'adequació de la utilització de recursos  
 Estada mitjana ajustada per casuística  
 Objectiu: millorar l'adequació de les estades hospitalàries, evitant-ne les innecessàries.  
 Consultes d'infermeria en Atenció Primària a domicili  
 Objectiu: adequar les actuacions d'infermeria a les necessitats de salut de la població en relació a l'atenció domiciliària.  
 Derivacions a urgències d'hospital des de Punts d'Atenció Continuada  
 Objectiu: racionalitzar l'accés a les urgències hospitalàries.  
 Oferta de consultes en horari vespertí en Atenció Primària  
 Objectiu: augmentar l'oferta de consultes en horari vespertí en Atenció Primària.  
 Relació primeres/segones visites  
 Objectiu: reduir el nombre de consultes innecessàries.

9. Millora de la continuïtat d'atencions  
 Nombre de receptes a l'alta hospitalària  
 Objectiu: facilitar l'accessibilitat als tractaments farmacològics després de l'alta hospitalària.. Este indicador es valora amb l'assignació de talonaris de receptes a CLA tipificats d'alta.  
 Prescripcions electròniques des de l'àmbit de l'Atenció Especialitzada  
 Objectiu: facilitar l'accessibilitat als tractaments farmacològics després de la consulta d'Atenció Especialitzada.  
 Índex de derivació a l'especialista  
 Objectiu: valorar el nivell de resolució en Atenció Primària.  
 Índex d'ompliment d'interconsultes  
 Objectiu: garantir la continuïtat de la informació clínica dels pacients entre nivells assistencials.  
 Índex de recepció d'interconsultes  
 Objectiu: garantir la continuïtat de la informació clínica dels pacients entre nivells assistencials.

10. Disseny de processos i gestió clínica  
 Implantació d'unitats de gestió clínica  
 Disseny i implantació de guies clíniques  
 Implantació de processos i trajectòries per a una assistència integral

11. Millora de la satisfacció dels pacients  
 Índex de satisfacció  
 Objectiu: millorar la satisfacció percebuda pels pacients en relació amb el funcionament dels servicis sanitaris. Es mesura a partir del valor normalitzat del resultat de satisfacció global, referit al conjunt del departament, obtingut en les enquestes de satisfacció que es fan en el marc del plans d'humanització i és el resultat de l'expressió:  
 Taxa de variació interanual del nombre de reclamacions presentades contra el departament  
 Objectiu: reduir el nombre de reclamacions.  
 Proporció de reclamacions tramitades en el termini  
 Objectiu: millorar els temps de resposta en la tramitació de reclamacions.

12. Millora dels índexs d'absentisme  
 Objectiu: disminuir l'impacte de l'absentisme de caràcter no laboral o professional.  
 Índex d'absentisme per incapacitat temporal de caràcter no professional.

*ACORD de 27 de maig de 2005, del Consell de la Generalitat, que precisa aspectes retributius aplicables als contractes d'atenció continuada o guàrdies. [2005/6800]*

El Consell de la Generalitat, en la reunió del dia 27 de maig de 2005, va adoptar l'acord següent:

L'esforç continuat que fa el Consell de la Generalitat des de l'any 2000 en matèria de salut laboral, jornada i descansos del personal que presta servicis en les institucions sanitàries ha situat la Comunitat Valenciana com a pionera i a l'avantguarda dins de l'estat espanyol, en haver traslladat el més important de les directives europees en un

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.

Índices 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 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.

*ACUERDO de 27 de mayo de 2005, del Consell de la Generalitat, por el que se precisan aspectos retributivos aplicables a los contratos de atención continuada o guardias. [2005/6800]*

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

El esfuerzo continuado que viene realizando el Consell de la Generalitat desde el año 2000 en materia de salud laboral, jornada y descansos del personal que presta sus servicios en las instituciones sanitarias ha situado a la Comunidad Valenciana como pionera y a la vanguardia dentro del estado español, al haber traspuesto lo fundamen-