



RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SESCAM SOBRE EL SISTEMA DE CÁLCULO Y ABONO DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE ANUAL PARA EL PERSONAL DE INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA CORRESPONDIENTE AL AÑO 2013.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, en su artículo 43.2.c), se refiere al complemento de productividad como el destinado a la remuneración del especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los mismos.

De acuerdo con el artículo 73 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha convendrá con los órganos de la Dirección del Sistema Sanitario el Contrato de Gestión que establezca la prestación de los servicios sanitarios, que tenga encomendados el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Así, el Contrato de Gestión es el instrumento que utiliza el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) para fijar, definir y evaluar los distintos objetivos que se marcan cada año para las diferentes gerencias en las que se organiza el Servicio de Salud.

El objetivo final es que dicho Contrato sea un elemento que ayude a que los centros e instituciones sanitarias del SESCAM sean más eficientes y presten un servicio de la mayor calidad posible a sus usuarios. Así, el Contrato de Gestión será el referente, junto a la evaluación del desempeño individual, para la asignación de la productividad anual por incentivos a percibir por los profesionales de cada Gerencia.

En consecuencia, esta Dirección Gerencia, de conformidad con lo previsto en el Decreto 89/2013, de 14-06-2013 (D.O.C.M. nº 120 de 20 de junio), de estructura orgánica y funciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, dicta las siguientes

INSTRUCCIONES

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Lo dispuesto en la presente Resolución será de aplicación al siguiente personal del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha:

- A todo el personal estatutario de las gerencias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha tanto fijo, como interino o eventual, al personal facultativo de cupo y zona y a los liberados sindicales y sus sustitutos.



- Será también de aplicación al personal laboral fijo y al personal funcionario que preste servicios en instituciones sanitarias y cobren sus retribuciones de acuerdo a los establecido en el RDL 3/87 de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud .

La evaluación del personal directivo de las diferentes gerencias se realizará de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el Anexo I, con la peculiaridad de que el incumplimiento del objetivo financiero determinará la imposibilidad de percibir productividad variable.

El personal funcionario de la Gerencia de Coordinación e Inspección queda fuera del ámbito de aplicación de esta Resolución.

La productividad variable se asignará únicamente a los profesionales que hayan trabajado al menos noventa días continuados en cada Gerencia.

La productividad variable se distribuirá de acuerdo con el cumplimiento de objetivos y el tiempo trabajado efectivo, no considerando tiempo trabajado el de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, pero sí los permisos por maternidad y las contingencias profesionales.

Los liberados sindicales percibirán como incentivos la media aritmética de lo recibido por el personal de la misma categoría y grupo del servicio o de la unidad donde esté ubicada la plaza del liberado, en las mismas condiciones que el personal homólogo.

2. PRODUCTIVIDAD VARIABLE CORRESPONDIENTE A CADA GERENCIA

2.1 Fondo de productividad variable

La cuantía del fondo de productividad variable que puede corresponder a cada gerencia se calcula multiplicando el promedio de efectivos de cada grupo durante 2013 por las siguientes cantidades por subgrupos:

CATEGORIA	IMPORTE
SUBGRUPO A1	875,19
SUBGRUPO A2	280,18
SUBGRUPO C1	179,52
SUBGRUPO C2	140,17
AGRUPACIONES PROFESIONALES	129,79

En ningún caso el presupuesto rebasará lo establecido por esa multiplicación.

Cada gerencia comunicará a sus jefes de servicio, unidad, sección o equipo, previa la firma de objetivos, las cantidades máximas a percibir, así como las reducciones previstas por la no consecución de los objetivos. A su vez los jefes o

responsables de unidad, sección, equipo y servicio transmitirán esta información a los profesionales de su equipo.

2.2 Reparto del fondo

El treinta por ciento de la productividad variable corresponde a los objetivos de las gerencias incluidos en el contrato de gestión del centro y en el Anexo I de la presente resolución. Sólo percibirán esta parte de productividad variable las gerencias que hayan cumplido el objetivo financiero establecido en el anexo I. El remanente quedará sin repartir.

El setenta por ciento de la productividad variable corresponde a la evaluación del cumplimiento de los objetivos de las unidades, secciones, servicios y equipos. El reparto se realizará en función de cómo se hayan fijado los objetivos a los mismos en cada gerencia:

- 1) Gerencias que hayan firmado objetivos específicos con sus unidades, secciones, servicios y equipos o que éstos hayan sido adecuadamente establecidos por dicha Gerencia:
Solo podrán percibir esta parte de la productividad los profesionales de las unidades, secciones, servicios y equipos que hayan cumplido los objetivos de carácter económico.
En este caso, el resultado de la evaluación será el obtenido por cada unidad, sección, servicio o equipo y el importe correspondiente al setenta por ciento de la productividad variable será repartido en su totalidad en función del grado de cumplimiento de cada una de ellas.
- 2) Gerencias que no hayan establecido adecuadamente objetivos específicos con sus unidades, secciones, servicios y equipos:
En este caso, el resultado de la evaluación será el que haya obtenido la gerencia, a partir del cumplimiento de sus objetivos globales, de acuerdo con el anexo I de la presente resolución, sin que proceda el reparto del remanente.

3. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS

La evaluación correspondiente a los objetivos de cada unidad, sección, equipo y servicio se realizará en cada gerencia bajo la supervisión del gerente del mismo, que deberá remitir a la Dirección General de Recursos Humanos un certificado (anexo II) de valoración del cumplimiento de todos los objetivos fijados a cada una de las unidades, secciones, servicios y equipos, en el que deberá constar cuales han cumplido con los objetivos económicos fijados a cada uno de ellas y el grado de cumplimiento de la totalidad de los objetivos.

Los profesionales de las unidades, secciones, servicios y equipos que no hayan cumplido sus objetivos económicos no podrán percibir productividad variable anual.

4. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE LA GERENCIA

La evaluación derivada del cumplimiento de los objetivos de cada gerencia (Anexo I) la realizará la Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad, salvo la relativa a la perspectiva financiera que corresponderá evaluarla a la Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras.

La evaluación así efectuada será remitida a la Dirección General de Recursos Humanos, que será el órgano encargado de determinar el importe de la productividad variable de 2013 a adjudicar a cada gerencia.

5. RESOLUCIÓN

A propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos, el Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha dictará la Resolución por la que se fija la cuantía de productividad variable de 2013 que corresponde a cada gerencia.

6. CUANTÍA Y ABONO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE

En 2013, el importe global máximo a pagar de la productividad variable anual se establece en diez millones de euros.

La asignación individual de las cuantías que puedan corresponder a cada profesional se efectuará por resolución del gerente del centro. No se podrá realizar una asignación individual de la productividad que suponga un reparto igual a cada profesional de una misma categoría o puesto, salvo en el supuesto contemplado en el apartado 2.2.2) de la presente resolución.

A efectos del posicionamiento del crédito necesario, la Dirección General de Recursos Humanos comunicará a la Dirección General de Gestión Económica e Infraestructuras la cuantía de productividad variable de 2013 que corresponde a cada gerencia.

El abono, que se realizará con carácter anual, estará supeditado a las disponibilidades presupuestarias y de tesorería.

La cuantía de productividad asignada se desglosa a efectos presupuestarios en los siguientes subconceptos:

- 152.20 Productividad tipo III: corresponde a la productividad variable del personal estatutario y/o funcionario y al personal de cupo y zona.
- 256.00 corresponde a la productividad del personal de Hospitales administrados.
- 258.30 corresponde al personal que está ocupando plazas vinculadas.

7. PARTICIPACIÓN DE LA REPRESENTACIÓN SINDICAL

Se establece una comisión de seguimiento en cada centro para el complemento de productividad anual por incentivos, de carácter paritario, formada por los miembros que la dirección del centro determine y por los miembros de las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad. Dicha Comisión se reunirá al menos dos veces al año, coincidiendo con la fijación de objetivos y con la evaluación de cada año.

8. INFORMACIÓN Y CONTROL

Las gerencias informarán a la Dirección General de Recursos Humanos sobre las cantidades individuales asignadas en concepto de productividad variable, así como de los criterios utilizados en el reparto.

Los servicios centrales del SESCAM podrán realizar cuantas auditorias precisen para verificar que los procedimientos aplicados en las Gerencias se ajustan a lo que se recoge en los respectivos contratos de gestión y la presente resolución.

9. EFECTIVIDAD

Las instrucciones contenidas en la presente resolución tendrán validez desde el día de su firma, quedando sin efecto las resoluciones e instrucciones que contradigan o se opongan a lo dispuesto en ella.

Toledo, a 10 de septiembre de 2013
EL DIRECTOR GERENTE DEL SESCAM



Fdo: Luis Carretero Alcántara

ANEXO I: OBJETIVOS E INDICADORES PARA LAS GERENCIAS

PERSPECTIVA FINANCIERA		VALORACIÓN		25%	
		AE	AP		
AREA ESTRATEGICA		VALORACION (sobre 100%)		INDICADOR	META
1 CUMPLIR EL AJUSTE AL PRESUPUESTO SEGÚN EL PLAN DE GARANTÍAS SERVICIOS SOCIALES		100	100	Ajuste a presupuesto (periodificado cuatrimestralmente)	Ajuste al Cont.Gestión

¹ *Objetivo excluyente de cumplimiento de Contrato de Gestión del Centro (30% de la productividad variable)*

PERSPECTIVA DEL CLIENTE		VALORACIÓN		35%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)		INDICADOR	META	
PACIENTES MAS SATISFECHOS					
	AE	AP			
IMPULSAR LA PUNTUALIDAD	10	10	% pacientes que son atendidos según su hora de cita	>80%	
AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA	10	10	% de procesos o procedimientos puestos en marcha en cuyo diseño han participado pacientes y/o asociaciones de pacientes	>80%	
2 ACCESIBILIDAD ADECUADA	35		Número de pacientes que superan los días de espera establecidos por la Ley de Garantías en Pruebas Diagnósticas/Terapéuticas	0	
			Número de pacientes que superan los días de espera establecidos por la Ley de Garantías en Consultas Externas		
			Número de pacientes que superan los días de espera establecidos por la Ley de Garantías para Intervenciones Quirúrgicas		
APOSTANDO POR LA CALIDAD					
IMPULSAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES					
	AE	AP			
REDUCIR LOS ASPECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA HOSPITALIZACIÓN	10		Tasa bacteriemia asociada a catéter venoso central (cada 1000 días de estancia)	≤ 4*	
			Tasa Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (cada 1000 días de estancia)	≤ 12*	
			Tasa complicaciones anestésicas	≤ 0,08*	
			Tasa embolismo pulmonar y Trombosis Venosa Profunda postoperatoria	**	
			% Pacientes que han desarrollado ulcera por presión con estancia >2 días	≤ 4	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL USO DEL MEDICAMENTO	5	5	% Actividades correctoras y/o de mejora implantadas ante errores de medicación (SINASP)	>90% *	
MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN AP		15	% de pacientes inmovilizados con Plan de Cuidados con diagnóstico de riesgo de deterioro de integridad cutánea e intervención de prevención de las úlceras por presión	≤ 7	
REDUCIR LOS EFECTOS ADVERSOS DEBIDOS A MEDICACIÓN		15	% de pac. anticoagulados ACO con INR en rango	**	
			Seguridad en el uso de benzodiazepinas en ancianos	**	

² *Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva CLIENTE del Contrato de Gestión del Centro si hay desviación superior al 2% numero pacientes en Lista de Espera.*

PERSPECTIVA DEL CLIENTE		VALORACIÓN		35%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	
APOSTANDO POR LA CALIDAD				
IMPULSAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA				
	AE	AP		
MEJORAR EL USO ADECUADO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	10		Tasa de cesáreas	≤ 20
		10	% Procedimientos puestos en marcha incluyendo criterios de adecuación	**
			Tasa de pruebas diagnósticas solicitadas desde AP	**
MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	5		Sistemas reunificados de gestión ISO 9001:2008	100%
MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	15		Tasa mortalidad hospitalaria por reemplazo de cadera	≤ 2
			Tasa mortalidad intrahospitalaria por Insuficiencia cardíaca crónica	≤ 6*
³ MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LOS RESULTADOS DE LAS ACTUACIONES ASISTENCIALES		35	Adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía	**
			Prevención secundaria con antiagregantes en pacientes con Cardiopatía Isquémica (CI)	**
			Control de la hipercolesterolemia en prevención secundaria de CI	**

³ *Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva CLIENTE del Contrato de Gestión del Centro*

PERSPECTIVA DE PROCESOS		VALORACION		25%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR		META
MEJORAR EL USO DEL MEDICAMENTO				
	AE	AP		
MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN A TRAVÉS DE RECETA MEDIANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD CORPORATIVOS	10	30	Indicador sintético de calidad	> 0,5
GARANTIZAR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL SEGÚN LOS CRITERIOS DE EFICIENCIA CORPORATIVOS	20		Indicador sintético de eficiencia	> 0,5
UNA NUEVA ATENCIÓN PRIMARIA				
INTEGRACION ORGANIZATIVA				
	AE	AP		
ESPECIALISTA CONSULTOR DE MEDICINA INTERNA	15	15	% pacientes valorados sobre el total de interconsulta	> 80%
DESARROLLO PROCESO ASISTENCIAL DEL EMBARAZO			% pacientes valorados sobre el total de interconsulta	> 80%
DESARROLLO PROCESO ASISTENCIAL SALUD MENTAL			% pacientes valorados sobre el total de interconsulta	> 80%
DESARROLLO PROCESO ASISTENCIAL EPOC			% pacientes valorados sobre el total de interconsulta	> 80%
DESARROLLO PROCESO ASISTENCIAL DIABETES			% pacientes valorados sobre el total de interconsulta	> 80%
AUMENTAR LA EFICIENCIA ASISTENCIAL				
IMPULSAR LA GESTION CLÍNICA				
	AE	AP		
IMPULSAR LA GESTIÓN CLÍNICA	15	15	⁴ Desplegar y firmar aceptación o denegación del Contrato de Gestión con todos los servicios y unidades del centro en el primer cuatrimestre	100%
			Elaborar y puesta en marcha de al menos un Proyecto de Gestión Clínica con servicios/unidades asistenciales de un área de conocimiento, homologado por el SESCAM	Ajuste a cronograma
AJUSTAR LA CAPACIDAD DE LA ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA				
	AE	AP		
ACTIVIDAD CONCERTADA	5		Ajuste a Plan de Concertación autorizada basada en cumplimiento tasa de actividad ordinaria y tasa de frecuentación esperada	95%
ACTIVIDAD COMPENSATORIA POR EXENCIÓN DE GUARDIAS >55AÑOS	5		% Sesiones tipo en sesiones quirúrgicas de actividad compensatoria >55años	95%
		10	% Agendas tipo en consultas y pruebas de actividad compensatoria >55años	95%

AJUSTAR LA CAPACIDAD ASISTENCIAL A NECESIDADES				
	AE	AP		
ATENCIÓN EN URGENCIAS (AE)	15		% Urgencias no ingresadas (excluido los partos)	≥ 90%
ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS (AE)			% Citas realizadas sobre programación agenda tipo	≥ 90%
ATENCIÓN EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAP. (AE)			% Citas realizadas sobre programación agenda tipo	≥ 90%
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN			Índice estancia media ajustada a su grupo	< 0,99
ATENCIÓN EN CIRUGÍA			Estancia prequirúrgica urgente	≤ 2días
			% Intervenciones realizadas sobre programación sesión tipo	≥ 90%
			Índice ambulatorización procesos quirúrgicos ambulatorizables	≥ 60%
MEJORA RESOLUCIÓN URGENCIAS AP	15		% Pacientes derivados de Atención Primaria que requieren ingreso hospitalario	≥ 7%
MEJORA RESOLUCIÓN CONSULTA AP			% Hospitalizaciones por ACSC: Diabetes con complicaciones generales agudas (250.1, 250.2, 250.3)	≤ 10*
			Hospitalizaciones por ACSC: tasa de ingresos por asma en adultos	**
			% Hospitalizaciones por ACSC: EPOC/Bronquitis (466.0, 490, 491, 492, 494, 496)	≤ 2*
MEJORA CAPACIDAD AGENDAS MEDICINA FAMILIAR Y PEDIATRÍA			% Agendas que tienen demora >24horas en consulta a demanda durante más de 15 días durante el 2013 en los Equipos de Atención Primaria del Área	0
SOPORTE A LA ASISTENCIA MAS EFICIENTE				
PLAN DE LABORATORIOS				
	AE	AP		
CENTRALIZACIÓN LABORATORIOS	5	5	Elaboración Plan Centralización Laboratorios y desarrollo en el centro	Ajuste a cronograma
ADECUAR TRANSPORTE SANITARIO				
MEJORAR LA EFICIENCIA DEL USO DEL TRANSPORTE SANITARIO	10	10	% Solicitud transporte individual sobre transporte colectivo	< 30%
			% Solicitud transporte con acompañante sobre transporte sin acompañante	< 30%

⁴ Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva PROCESOS del Contrato de Gestión del Centro si no se cumple el indicador.

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS		VALORACIÓN		15%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR		META
AREA RECURSOS HUMANOS E INNOVACIÓN				
ORIENTAR LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN				
	AE	AP		
FORMACIÓN CONTINUADA	20	20	% Horas de formación obligatoria realizada en objetivos seleccionados	> 80%
INVESTIGACIÓN	30	30	Impacto científico, económico y social de la investigación desarrollada	0,6
MEJORAR RESULTADO ACTIVIDAD DOCENTE	15	15	Indicador sintético de resultado actividad docente	0,8
ELABORACIÓN PLAN DE FORMACION EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES (PFCT)	15	15	% Residentes que completaron el PFCT	> 80%
POTENCIAR LA COMUNICACIÓN ENTRE DIRECTIVOS Y MANDOS INTERMEDIOS CON LOS PROFESIONALES EN UN ENTORNO WEB 2.0	20	20	Número de acciones de mejora puestas en marcha sobre las propuestas valoradas positivamente	**
			Número de temas activos	**

*Si un centro no tiene una meta específica, la meta será lo alcanzado por el centro que de su bloque obtenga el mejor resultado, siendo la cifra que se recoge en el contrato de gestión el resultado mínimo para optar a incentivo por ése ítem.

**En el caso de indicadores sin antecedentes previos, la meta será el resultado alcanzado por el centro, siendo la puntuación para el ítem la que le corresponda en relación a la alcanzada por el centro con mejor resultado, al que corresponderá la puntuación máxima.

GERENCIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO

PERSPECTIVA FINANCIERA		VALORACIÓN		25%
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (sobre 100%)	INDICADOR	META	
¹ CUMPLIR EL AJUSTE AL PRESUPUESTO SEGÚN EL PLAN DE GARANTÍAS SERVICIOS SOCIALES	100	Ajuste a presupuesto (periodificado cuatrimestralmente)	Sin desviación	
¹ Objetivo excluyente de cumplimiento de Contrato de Gestión del Centro (30% de la productividad variable)				
PERSPECTIVA DEL CLIENTE		VALORACIÓN		30%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	
IMPULSAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE				
IMPULSAR LA PUNTUALIDAD: TIEMPOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS ANTE EMERGENCIAS	10	Tiempo medio de Asignación de recursos asistenciales en emergencias, en el Centro Coordinador < 1 minuto	>90%	
IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN E IMPLICACIÓN DEL CIUDADANO	5	Realización de una encuesta de satisfacción de los usuarios atendidos para detectar áreas de mejora.	100% ajuste a cronograma	
	5	Confirmar acuse de recibo de quejas/reclamaciones y contestar éstas en un plazo inferior a 30 días.	100%	
² GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD: TIEMPOS DE ASISTENCIA	30	Tiempo Medio de asistencia < 15 minutos en emergencias en medio urbano	> 90 %	
		Tiempo medio de asistencia < 30 minutos en emergencias en medio rural		
		Tiempo medio ponderado de asistencia < 20 minutos en urgencias por ambulancias no asistidas por personal sanitario en medio urbano/rural		
IMPULSAR LA CALIDAD				
IMPULSAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS	5	Instaurar una aplicación operativa de notificación y registro de Eventos Adversos	100% Ajuste a cronograma	
ALARMAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	5	Instaurar un Sistema Estructurado de Alarmas en Seguridad del Paciente para eventos adversos graves	100% ajuste a cronograma	
INSTAURAR SESIONES DE DEABRIFING ESTRUCTURADO EN LA SESIONES MATINALES DE ACTIVIDAD POR VIDEOCONFERENCIA	5	Realizar las sesiones previstas (% de realizadas sobre previstas)	90%	
EVENTOS ADVERSOS EN LAS SESIONES DE EQUIPOS	5	Introducir el análisis de los Eventos Adversos en las Sesiones Formativas de Equipos de las Unidades Asistenciales y exigir su presencia en Acta de Reunión, junto a acciones correctoras.	100% ajuste a cronograma	

² Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva CLIENTE del Contrato de Gestión del Centro.

AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META
IMPULSAR LA CALIDAD			
IMPULSAR LA CALIDAD ASISTENCIAL			
CALIDAD DEL INFORME DE ASISTENCIA	5	Existencia de los siguientes datos: Datos de filiación. Fecha de asistencia. Hora de asistencia: inicio y fin. Exploración física y pruebas complementarias realizadas. Juicio y/o codificación clínica Derivación (si procede)	>95%
AUDITORÍA INFORME CLÍNICO DE ASISTENCIA	10	Puntuación global media de todos los indicadores asistenciales.	> 85 %
	5	Extender la auditoría del informe clínico de asistencia al uso de la Ventilación Mecánica no invasiva en la Insuficiencia Respiratoria y Edema Agudo de Pulmón, Parada Cardiorrespiratoria y Sepsis.	100%
ESTUDIO DE CALIDAD ASISTENCIAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	5	Coordinación en el estudio de Indicadores de Calidad Asistencial al Código Ictus y Código de Reperusión Coronaria (CORECAM).	100%
ANÁLISIS DE LAS QUEJAS / RECLAMACIONES	5	Análisis de las Quejas / Reclamaciones en las Sesiones Formativas de Equipos de las Unidades Asistenciales y exigir su presencia en Acta de Reunión, junto a acciones correctoras.	100%

PERSPECTIVA PROCESOS		VALORACIÓN	25%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META
MEJORAR EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO			
MEJORAR EL USO DE MEDICAMENTOS	15	Establecer mecanismos de control de Stock de caducidades de medicamentos y fungibles a través de procedimientos de intercambio con los hospitales proveedores, y actualizar guía farmacológica en emergencias.	>90%
AUMENTAR EFICIENCIA DE LA ESTRUCTURA			
INTEGRACIÓN ORGANIZATIVA GUETS			
MEJORAR COORDINACIÓN CON URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	10	Revisión y mantenimiento del Acuerdo de Actuación Coordinada entre AP y la GUETS, potenciándose el protocolo prevalente de la coordinación con el 112 y Procedimiento de consulta interprofesional a través del sector sanitario en el Centro Coordinador de Urgencias 112.	100%
MEJORAR COORDINACIÓN CON URGENCIAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	10	Elaboración de Procedimientos de Actuación Coordinada entre la GUETS y los Servicios de Urgencias Hospitalarias para la Transferencia de Pacientes.	100%

SEGUIMIENTO DE PACIENTES	5	Gestionar la concesión de claves de acceso a los diferentes sistemas informáticos implicados en los medios hospitalarios, con el fin de hacer posible el seguimiento y comprobar la concordancia diagnóstica de la asistencia realizada y la idoneidad del traslado.	100%
AUMENTAR EFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL			
IMPULSAR LA GESTIÓN CLÍNICA			
IMPULSAR LA GESTIÓN CLÍNICA	20	³ Desplegar y firmar aceptación del Contrato de Gestión con todas las unidades del centro en el primer cuatrimestre.	100%
AJUSTAR LA CAPACIDAD ASISTENCIAL Y LA NECESIDAD			
EVENTOS ESPECIALES	5	Asistencia a los dispositivos especiales que se determinen por el SESCAM, poniendo en marcha la Unidad de Atención a Catástrofes (COGECAM) y dispositivos de atención a eventos especiales	100%
TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO	10	Reorganización del transporte interhospitalario mediante la adecuación de la demanda y asignación de recursos de acuerdo a criterios de frecuentación y densidad de población. Implementación de un Procedimiento de actuación ad hoc en el Centro Coordinador.	100%
ADECUACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO	10	Adecuación del transporte sanitario, mediante la actualización de la Circular 3/2005 del SESCAM para la tramitación de la prestación del servicio de transporte sanitario del SESCAM	100%
REVISIÓN DE SERVICIOS GENERALES	15	Servicio de Información Meteorológica. Se elaborará propuesta para la eficiencia de este servicio, con nueva licitación o bien con acuerdos con proveedores propios que puedan prestar dicho servicio con ahorro de costes generales.	100%
		Servicio de alimentación de personal. Se dictará instrucción estableciendo topes de precio máximos a partir de los cuales será el propio personal quien asuma las diferencias.	100%
		Servicio de mantenimiento de Puntos de Toma para Helicópteros en Emergencias Sanitarias de Castilla-La Mancha.	100%

³Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva PROCESOS del Contrato de Gestión del Centro si no se cumple el indicador.

PERSPECTIVA INNOVACION APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS		VALORACIÓN	15%
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META
AREA RECURSOS HUMANOS E INNOVACIÓN			
ORIENTAR LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN A LOS OBJETIVOS			
FORMACIÓN CONTINUADA INVESTIGACIÓN	10	% Horas de formación obligatoria realizada en objetivos seleccionados	>80%
	10	La GUETS se compromete a impulsar de la funcionalidad del Comité de Docencia e Investigación, potenciando su labor de detección de áreas de formación e investigación dentro de la GUETS.	100%
	20	Elaboración de un Plan de Formación en Grandes Emergencias y Catástrofes.	100 %
	20	Potenciar el uso del Centro de Simulación Clínica, tanto entre su personal sanitario, como elaborando convenios con Gerencias de Área, Facultad de Medicina y/o Escuelas de Enfermería, Colegios de Médicos	100 %
	20	Plan de rotación formativa por Servicios de Atención Especializada para profesionales sanitarios de la GUETS	100%
AREA INFRAESTRUCTURAS			
PLAN INFRAESTRUCTURAS, PPP, PFI Y RESTO			
OPTIMIZACIÓN BASES DE LAS UNIDADES	20	la GUETS, en coordinación con los servicios centrales y las áreas sanitarias estudiará espacios disponibles para evitar gastos innecesarios en las bases de: <ul style="list-style-type: none"> - Puertollano - Tomelloso - Escalona - Illescas - Almadén 	100%

ANEXO II

CERTIFICACIÓN

D.-----como Director Gerente de la Gerencia de-----, en relación con la resolución de la Dirección Gerencia del SESCAM sobre el sistema de cálculo y abono de la productividad variable anual para el personal de instituciones sanitarias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha correspondiente al año 2013, y teniendo en cuenta lo establecido en el párrafo segundo del artículo 13 de la Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la Aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales en la redacción dada por la disposición adicional 5ª de la Ley 6/2012, que refiriéndose a la productividad variable anual, dice textualmente: *“los objetivos de contenido económico, fijados y evaluados por el Sescam, tendrán la consideración de condición necesaria, de modo que su incumplimiento total o parcial impedirá la percepción de este concepto retributivo”*,

CERTIFICA

Que los servicios, unidades, equipos y secciones pertenecientes a este centro directivo que a continuación se relacionan **han cumplido** con los objetivos económicos fijados en Contrato de Gestión:

- 1.
- 2.
- 3.

Que los servicios, unidades, equipos y secciones pertenecientes a este centro directivo que a continuación se relacionan **no han cumplido** con los objetivos económicos fijados en Contrato de Gestión:

- 1.
- 2.
- 3.



El grado de cumplimiento total de los objetivos de los servicios, unidades, equipos y secciones es el que a continuación se especifica:

SERVICIO / UNIDAD / EQUIPO / SECCION	% CUMPLIMIENTO

Fecha

EL GERENTE DE

Fdo.:

