



## I. PRINCIPADO DE ASTURIAS

### • OTRAS DISPOSICIONES CONSEJERÍA DE SANIDAD

*ACUERDO de 12 de febrero de 2014, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las directrices para establecer las cuantías de productividad variable a percibir por los componentes de las Unidades de Gestión Clínica y Áreas de Gestión Clínica.*

La Ley del Principado de Asturias 3/2012, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales para 2013, dispone en su artículo 22.1.f), que el complemento de productividad es el destinado a "retribuir el especial rendimiento, interés, iniciativa o esfuerzo con que se desempeñen los puestos de trabajo siempre que redunden en mejorar el resultado de los mismos" y se asignará conforme a lo dispuesto en los párrafos siguientes.

"El Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería afectada y previo informe de la o las Consejerías competentes en materia de presupuestos y de función pública, determinará los supuestos e importes de la productividad", de acuerdo con las siguientes normas:

"1.ª La valoración de la productividad deberá realizarse en función de circunstancias objetivas relacionadas con el tipo de puesto de trabajo y el desempeño del mismo y, en su caso, con el grado de participación en la consecución de los resultados u objetivos asignados al correspondiente programa.

2.ª En ningún caso las cuantías asignadas por complemento de productividad durante un período de tiempo originarán derechos individuales respecto de las valoraciones o apreciaciones correspondientes a períodos sucesivos."

De idéntica forma se define el complemento de productividad para el personal estatutario en el artículo 23.1.g) de la misma Ley, o para el personal laboral, en virtud de sus convenios colectivos respectivos, bien por remisión al sistema retributivo vigente para personal estatutario, como el Convenio de Salud Mental (art. 6.º) o el del Hospital General (art. 8), bien por determinación expresa de tal concepto en el caso del Convenio del Hospital Monte Naranco (art. 11.6). Las normas que configuran la determinación de los importes de la productividad se recogen en el propio artículo 22.1.f) de la Ley de Presupuestos para 2013, que otorga la competencia para ello al Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería afectada y previo informe de la o las Consejerías competentes en materia de presupuestos y de función pública.

En el Servicio de Salud del Principado de Asturias existen determinadas unidades organizativas creadas para realizar la actividad asistencial en un marco de mejora que realizan determinadas actividades que por su especificidad se ajustan a lo establecido en el párrafo primero del citado artículo 22 de la Ley 3/2012 y, en consecuencia, resulta preciso acordar la retribución correspondiente que se abonará por la realización de las mismas en este concepto.

Efectivamente, el Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias, modificado por el Decreto 163/2012, de 11 de julio, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se dictó con los fines de facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad de las intervenciones, favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo su fragmentación y los tiempos de transferencia entre unidades asistenciales. Para su consecución, fija como objetivos descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad en línea con lo establecido en el artículo 41 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Esta nueva forma de organización pivota sobre 3 pilares básicos. El primero un mando directivo basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua, incorporando las mejores evidencias científicas en cuanto a eficacia y eficiencia de las intervenciones y que promueva cambios en la organización del trabajo en beneficio del paciente dentro de un marco definido de recursos. El segundo, una definición clara y precisa de objetivos de resultados clínicos y económicos, recogidos en un acuerdo de gestión clínica, que identifique la producción clínica y los costes a ella asociados, el grado de autonomía de gestión, así como los incentivos asociados al cumplimiento del acuerdo de gestión clínica y de los mecanismos para asignarlos. Finalmente, un sistema de información corporativo que dé soporte y que permita una clara evaluación del grado de cumplimiento del acuerdo de gestión clínica suscrito entre las partes y de los elementos de la práctica clínica susceptibles de mejora.

La Gestión Clínica supone un paso decidido de nuestra organización hacia una evaluación personalizada de los profesionales, que combina la medición de los logros colectivos (de cada Área y Unidad) y los logros personales. En este sentido se aplican mecanismos de seguimiento y valoración normalizados, objetivables, reproducibles y contrastables, que culminan con una evaluación anual que determina el grado de rendimiento, efectividad y eficiencia de las Unidades y Áreas y del personal que las integra.

Constituidas conforme al artículo 4 del Decreto 66/2009 diversas Áreas y Unidades de Gestión Clínica en el Servicio de Salud del Principado de Asturias y firmados los respectivos Acuerdos de Gestión Clínica, conviene determinar los supuestos en que proceda percibir un complemento de productividad, así como su importe.



El objeto de la presente propuesta es, por tanto, el de otorgar normativamente cobertura retributiva a los colectivos profesionales que se adhieren a participar en gestión clínica, acumulando a su actividad ordinaria las funciones específicas, desarrollando el concepto por el que van a percibir el complemento de productividad.

Aspectos generales:

1. La valoración de la productividad deberá realizarse en función de circunstancias objetivas relacionadas con el tipo de puesto de trabajo y el desempeño del mismo y, en su caso, con el grado de participación en la consecución de los resultados u objetivos asignados a la correspondiente Área o Unidad de Gestión Clínica. En ningún caso, las cuantías asignadas por complemento de productividad durante un período de tiempo, originarán derechos individuales respecto de las valoraciones o apreciaciones correspondientes a períodos sucesivos.

2. La percepción de un complemento de productividad por los profesionales adscritos a cada Área o Unidad de Gestión Clínica se determinará en función de la evaluación positiva de las actividades establecidas en los respectivos Acuerdos de Gestión Clínica, teniendo en cuenta aspectos asistenciales, de calidad y de gestión.

3. Se establece un cuadro de clasificación de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica en función de tres grados de calidad y tres cotas de gestión, de forma que se permita a las Unidades y Áreas de Gestión Clínica progresar en el nivel de objetivos y recompensas conforme avancen y consoliden los estándares fijados.

4. Se establece una clasificación de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica según el grado de complejidad de las mismas, en tres niveles: I, II y III, de más a menos complejas.

5. La determinación de los importes globales de las productividades que debe percibir cada Área o Unidad de Gestión Clínica se realizará en función del grado de eficiencia presupuestaria de la misma durante el ejercicio, estableciéndose un límite máximo personal según el nivel de encuadramiento resultante tras la evaluación de la actividad y según el grado de complejidad del Área o Unidad de Gestión Clínica, sin que en ningún caso se pueda superar el ahorro neto conseguido en la ejecución del presupuesto asignado al Área o Unidad.

6. Para la fijación de los importes aplicables a cada empleado firmante del Acuerdo de Gestión Clínica se establecerá un factor multiplicador en función del grupo profesional al que pertenezca, que determinará la parte proporcional que le corresponda de los importes globales previamente fijados para el Área o Unidad.

En consecuencia, el Consejo de Gobierno, a propuesta del Ilmo. Consejero de Sanidad y con los informes favorables de la Consejería de Hacienda y Sector Público,

### ACUERDA

*Primero.*—Determinar que el personal integrado en las Áreas o Unidades de Gestión Clínica ha de percibir un complemento de productividad vinculado al cumplimiento de los objetivos fijados en los acuerdos de gestión clínica establecidos entre las gerencias y las direcciones de cada una de las áreas o unidades de gestión clínica de acuerdo con lo previsto al efecto en el Decreto 66/2009 y las siguientes directrices:

1. Las Áreas y Unidades de Gestión Clínica se encuadrarán, conforme a tres grados de calidad y tres niveles de gestión, en seis niveles posibles:

	Nivel básico de gestión (1)	Nivel avanzado de gestión (2)	Nivel de excelencia en gestión (3)
<b>Nivel de excelencia en calidad (C)</b>	1C (nivel intermedio)	2C (nivel intermedio)	3C (nivel de excelencia)
<b>Nivel de calidad avanzada (B)</b>	1B (nivel intermedio)	2B (nivel intermedio)	
<b>Nivel básico de calidad (A)</b>	1A (nivel inicial)		

2. Se establecen nueve tipologías de Unidades y Áreas de Gestión Clínica, que se agrupan en tres niveles de complejidad:

Nivel I (UGC/AGC de alta complejidad)	Nivel II (UGC/AGC de complejidad intermedia)	Nivel III (UGC/AGC de baja complejidad)
<ul style="list-style-type: none"> <li>UGC/AGC de Atención Hospitalaria compuesta por al menos 2 Servicios de al menos 2 Áreas y con 50 o más profesionales adscritos.</li> <li>AGC de Salud Mental de nivel I.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UGC/AGC de Atención Hospitalaria con 100 o más profesionales adscritos.</li> <li>UGC/AGC de Atención Hospitalaria compuesta por al menos 2 Servicios de al menos 2 Áreas y con menos de 50 profesionales adscritos.</li> <li>UGC de Atención Primaria que atiende a una población igual o superior a 20.000 habitantes (TIS).</li> <li>AGC de Salud Mental de nivel II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UGC/AGC de Atención Hospitalaria con menos de 100 profesionales adscritos.</li> <li>UGC de Atención Primaria que atiende a una población inferior a 20.000 habitantes (TIS).</li> <li>AGC de Salud Mental de nivel III.</li> </ul>

3. Las Unidades y Áreas de Gestión Clínica podrán optar a avanzar en su encuadramiento si cumplen los requisitos que para cada año se fijan desde la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud.

En el caso en que las Áreas y Unidades de Gestión Clínica encuadradas por encima del nivel inicial no superen los criterios del nivel de encuadramiento al que hayan avanzado, serán automáticamente evaluadas por su nivel de encuadramiento previo. En este supuesto, si en la evaluación supera los criterios correspondientes al nivel previo, tendrá derecho al complemento de productividad de ese nivel y al avance en el nivel de encuadramiento siguiente. En el caso de no superar la evaluación del nivel previo no tendrán derecho al complemento de productividad.

Los objetivos serán fijados en cada Acuerdo de Gestión Clínica para la Unidad o Área en función de su nivel de encuadramiento y se clasificarán en objetivos asistenciales, de calidad y de gestión. Conforme a los objetivos fijados, se determinarán los indicadores que permitan medir el cumplimiento del objetivo y los mínimos que permitan entender cumplido con satisfacción el Acuerdo de Gestión Clínica.

4. Para la percepción de esta productividad por parte de los integrantes de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica se establecen los siguientes grupos profesionales:

Grupo profesional	Descripción
GD-1	— Director/a UGC/AGC
GP-1	— Integrantes Subgrupo A1 (art. 76 EBEP) o equivalente.
GP-2	— Integrantes Subgrupo A2 (art. 76 EBEP) o equivalente.
GP-3	— Integrantes Subgrupo C1 (art. 76 EBEP) o equivalente.
GP-4	— Integrantes Subgrupo C2 (art. 76 EBEP) o equivalente.
GP-5	— Integrantes de Agrupaciones Profesionales (D.A. 7.ª EBEP) o equivalente.

La cuantía máxima a asignar a cada Área o Unidad de Gestión Clínica vendrá determinada por el producto del número de integrantes con derecho a la percepción de esta productividad de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica, en función de los respectivos grupos profesionales y por los importes que se determinen en el respectivo Acuerdo de Consejo de Gobierno por el que se fijan las cuantías de las retribuciones para el personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias. No obstante, en tanto no se proceda a su determinación se tomarán los importes económicos que se indican a continuación:

	Grado de complejidad de la UGC/AGC								
	I			II			III		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
	<b>1C</b>			<b>2C</b>			<b>3C</b>		
GD-1	5.000	4.750	4.500	6.000	5.750	5.500	6.500	6.250	6.000
GP-1	3.500			4.500			5.000		
GP-2	2.170			2.790			3.100		
GP-3	1.505			1.935			2.150		
GP-4	1.260			1.620			1.800		
GP-5	1.166,67			1.500			1.666,67		
	<b>1B</b>			<b>2B</b>					
GD-1	4.500	4.250	4.000	5.500	5.250	5.000			
GP-1	3.000			4.000					
GP-2	1.860			2.485					
GP-3	1.290			1.720					
GP-4	1.080			1.440					
GP-5	1.000			1.333,34					
	<b>1A</b>								
GD-1	4.000	3.750	3.500						
GP-1	2.500								
GP-2	1.550								
GP-3	1.075								
GP-4	900								
GP-5	833,34								

5. El importe total que corresponde repartir entre los integrantes de cada Unidad o Área de Gestión Clínica se determinará conforme a la siguiente fórmula:

$$\text{Importe total} = N \times (\text{Eficiencia-PDn} + F)$$

Donde:

- N es el factor multiplicador que corresponda al Área o Unidad de Gestión Clínica conforme a su nivel de encuadramiento, tal y como refleja la siguiente tabla:



Nivel de encuadramiento	1	2	3
Factor multiplicador	0,25	0,30	0,40

- Eficiencia es la menor de las cantidades entre el resultado del superávit total del Área o Unidad de Gestión Clínica en el ejercicio y el de las partidas delegadas de gastos.
- PDn es el importe, en positivo, de la suma total de los excesos de gasto por encima de lo presupuestado para las partidas delegadas de gasto. En caso que el superávit total del Área o Unidad sea inferior al de las partidas delegadas de gasto, este importe será siempre cero.
- F es el importe, positivo o negativo, resultante de restarle a la cifra resultante de la ejecución de los ingresos por facturación a terceros la cantidad inicialmente presupuestada.

En ningún caso, el importe total podrá superar la cuantía máxima calculada con arreglo a la norma 4.

6. Podrá percibir este complemento de productividad el empleado que haya estado adscrito al menos dos meses en el año objeto del Acuerdo de Gestión Clínica. En caso de estar un período inferior al año natural, se percibirá de forma proporcional al tiempo de servicios en el Área o Unidad.

Los sustitutos de personal de plantilla lo percibirán si la adscripción al Acuerdo de Gestión Clínica alcanza los dos meses continuos sustituyendo a un mismo titular. Es este caso, se computará la parte proporcional del tiempo, tal que la suma del sustituto o sustitutos más el sustituido no podrá superar lo que hubiera percibido el profesional de plantilla si hubiera permanecido el 100% del tiempo adscrito al Área o Unidad. Para acceder a la productividad variable, el sustituto deberá necesariamente haber suscrito el correspondiente Acuerdo de Gestión.

Si el titular permanece en situación de incapacidad temporal más de dos meses, percibirá la parte proporcional al tiempo de servicios efectivamente prestados, independientemente de la sustitución.

7. El reparto individual de la cantidad total resultante se repartirá de forma proporcional, con arreglo al siguiente factor multiplicador:

Grupo profesional	Factor multiplicador
GP-1	3
GP-2	1,86
GP-3	1,29
GP-4	1,08
GP-5	1

De la cantidad resultante, se percibirá el 80% en concepto de productividad por la satisfacción de los objetivos colectivos. El 20% restante se percibirá sólo si el empleado ha cumplido los objetivos personales de la forma detallada en el Acuerdo de Gestión Clínica. Los anteriores porcentajes podrán ser modificados en los Acuerdos de Gestión Clínica de aquellas Áreas o Unidades cuyo nivel de encuadramiento sea superior al 1A. En todo caso, el mínimo a percibir en concepto de objetivos colectivos será el 50% de la cuantía total.

*Segundo.*—Una vez finalice la evaluación del cumplimiento de los respectivos Acuerdos de Gestión Clínica de las Áreas o Unidades, la asignación individualizada del complemento de productividad se realizará mediante resolución de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud.

*Tercero.*—Se faculta a la Dirección Gerencia del SESPA para dictar las instrucciones que sean precisas en ejecución y desarrollo del presente Acuerdo.

*Cuarto.*—Se dispone la publicación de este Acuerdo en el *Boletín Oficial del Principado de Asturias*.

Contra el presente Acuerdo, que pone fin a la vía administrativa, las personas interesadas podrán interponer recurso contencioso-administrativo ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de su publicación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1.a) en relación con el artículo 8.2 y 46.2 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. Sin perjuicio de ello, las personas interesadas podrán interponer con carácter previo al anterior y potestativo, recurso de reposición ante el Consejo de Gobierno, en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su publicación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 28 de la Ley 2/1995, de 13 de marzo, sobre Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En caso de que se interponga recurso de reposición no se podrá interponer recurso contencioso-administrativo hasta que sea resuelto expresamente o se haya producido desestimación presunta del recurso de reposición interpuesto de conformidad con el artículo 116.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Dado en Oviedo, a 20 de enero de 2014.—El Consejero de Sanidad.—Cód. 2014-02795.