

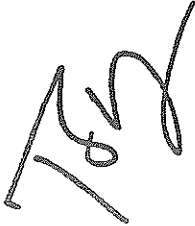



CAPITULO I
ACUERDOS CON CENTRALES SINDICALES
EN MATERIA RETRIBUTIVA

En Madrid, a 25 de Marzo de 1987, reunidos los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Centrales Sindicales abajo firmantes

A C U E R D A N

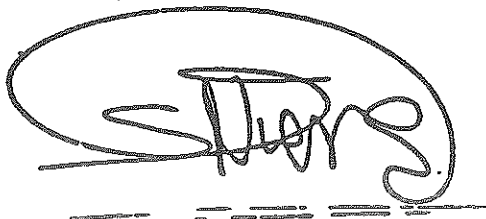
PRIMERO.-

El nuevo sistema retributivo estará incluido en el Estatuto-Marco de Personal, siendo de aplicación a todo el personal estatutario del INSALUD, y constando exclusivamente los siguientes conceptos:

- 
- 
- 
- 
- a) Sueldo Base.
 - b) trienios.
 - c) Complemento de Destino.
 - d) Complemento Específico.
 - e) Complemento de Productividad.
 - f) Complemento de Atención Continuada.
 - g) Pagas Extraordinarias.

SEGUNDO.-

La aplicación del nuevo sistema retributivo conllevará las siguientes percepciones mínimas para cada grupo de personal relacionado, con independencia de los incrementos retributivos que puedan derivarse de la realización de guardias, prestación de servicios en jornada festiva o por la noche, o por antigüedad:



A) PERSONAL FACULTATIVO JERARQUIZADO.-

En todo caso percibirá en 1.987 un incremento del 5% sobre las retribuciones correspondientes a 1.986 con independencia de lo que pueden percibir en concepto de productividad. En caso de aceptar la Dedicación Exclusiva al Sistema Nacional de Salud la retribución mínima anual se establecerá en 3.343.656 pesetas, para el Médico Adjunto y homólogo del Grupo A (Farmacéuticos, Físicos, Químicos, Ingenieros, etc.).

La anterior cuantía se estima que retribuye adecuadamente la plena dedicación al Sistema.

B) PERSONAL DE ENFERMERIA.-

Las exigencias de dedicación y calidad asistencial que el nuevo modelo de gestión exige a este personal, y la precisión de homogeneizar sus retribuciones con las de otros Titulados de Grado Medio del sector público, hacen proponer las siguientes retribuciones mínimas anuales para 1.987:

- Personal de Enfermería de Instituciones Hospitalarias: 1.604.650 ptas.

- Personal de Enfermería de Ambulatorios y Consultorios: 1.501.438 "

C) PERSONAL DE LOS GRUPOS C, D Y E.-

El fondo adicional previsto en el artículo 19 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado, se distribuye exclusivamente entre estos grupos, de modo que se garantice un salario anual mínimo de las siguientes cuantías para cada uno de ellos:

- Grupo C 1.311.562 ptas.

- Grupo D 1.147.286 "

- Grupo E 1.080.666 "

El personal subalterno de la Escala General, perteneciente al Grupo E, podrá experimentar un incremento adicional en sus retribuciones, en la medida que las funciones realizadas por dicho personal atiendan a los enfermos.

El Estatuto-Marco contemplará mecanismos de promoción interna para el personal de todos los grupos de clasificación y especialmente para los pertenecientes a los Grupos D y E.

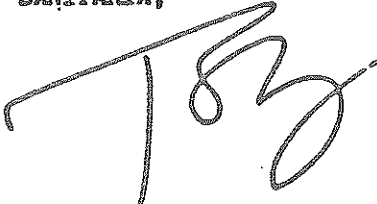
TERCERO.-

Se pondrá en marcha la Función Administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social con una convocatoria de 250 plazas para los diferentes Grupos que la componen.

CUARTO.-

En caso de modificarse las cuantías retributivas mínimas, recogidas en el punto Segundo de este Acuerdo para un determinado grupo de personal, se realizará un replanteamiento global para todos los demás grupos.

POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO,
EL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA
SANITARIA,



Eduardo Arrojo Martínez

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD



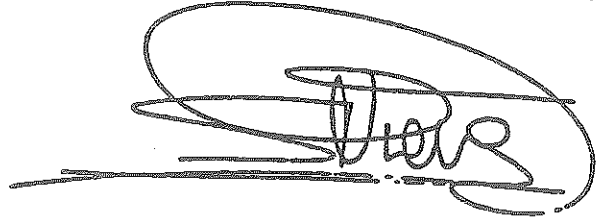
José Simón Martín

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, S. e I.



Luis Herrero Juan

POR LAS CENTRALES SINDICALES,
EL SECRETARIO GENERAL FSP-UGT.



Santiago Nieves Andreo

RESPONSABLE DE SANIDAD DE ELA-STV.



Miguel Angel Lizarralde Zubizarreta

En Madrid, a veinticinco de Abril de mil novecientos ochenta y siete, reunidos los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los Sindicatos F.S.P.-U.G.T. y ELA-STV abajo firmantes, en el ámbito de las negociaciones mantenidas con las Centrales Sindicales más representativas para desarrollar el artículo 84 de la Ley General de Sanidad y, específicamente, el nuevo Sistema Retributivo para 1987, se toman los siguientes

ACUERDOS

1.- La Administración y la F.S.P.-U.G.T. y ELA-STV son concordes en definir los siguientes aspectos relativos al personal Facultativo:

a) El complemento de atención continuada, de carácter universal para todos los Facultativos Hospitalarios, aunque de carácter renunciable si las necesidades del servicio lo permiten, que viene a sustituir al actual concepto retributivo "guardias médicas", tendrá las siguientes modalidades y cuantías:

A) 910.000 ptas./año, que supondrá la prestación de servicios de presencia física de hasta 51 horas mensuales, por encima de la jornada legal establecida, para aquellos Facultativos en los que el mantenimiento continuado del servicio implique la permanencia en el Hospital entre las 22 y las 8 horas de la mañana del día siguiente. (Cubre el período correspondiente a las actuales guardias de presencia física).

B) 450.000 ptas./año, que supondrá la prestación de servicios de presencia física hasta un máximo de 30 horas mensuales, siempre en régimen diurno.

En la medida que las necesidades asistenciales no puedan ser cubiertas con la prestación de servicios derivada de la percepción del Complemento de Atención Continuada, en la primera de sus modalidades, los Facultativos podrán ser requeridos para la prestación adicional de servicios que sobrepasen las referidas 51 horas. En este caso los servicios serán retribuidos de acuerdo con módulos, a razón de 12.750 pesetas por módulo de 17 horas de prestación de servicios, siempre una vez superada la jornada laboral correspondiente y agotadas las 51 horas adicionales. Las fracciones de módulos se abonarán, en todo caso, en la proporción resultante.

Igualmente, los Facultativos podrán ser requeridos a estar disponibles en alerta localizada. Estos servicios serán retribuidos al 50% del importe fijado para los servicios de presencia física a que se refiere el párrafo anterior.

La Administración adoptará las medidas pertinentes tendentes a reducir la exigencia de realización por cada Facultativo de un número excesivo de guardias, en cuanto sea compatible con las necesidades asistenciales, dentro del proceso de reforma sanitaria.

- b) El complemento específico, de oferta generalizada, compatible con el resto de los conceptos retributivos, de aceptación voluntaria por parte de los actuales Facultativos, cuya percepción supondrá la exclusiva dedicación al Sistema Sanitario Público, quedará cifrado en las siguientes cuantías:

- 900.000 ptas./año, Médico Adjunto o Facultativo Especialista. (*)
- 1.000.000 ptas./año, Jefe de Sección.
- 1.100.000 ptas./año, Jefe de Departamento/Servicio.

(*) En todo caso se garantiza a este personal una retribución mínima anual de 3.343.656 pesetas, de conformidad con el punto Segundo A) del Acuerdo suscrito entre la Administración y F.S.P.-U.G.T y ELA-STV el 25-3-87.

- c) Complemento de Productividad: Existirá un fondo de 4.000 millones de pesetas para el año 1987, tendente a retribuir a cuantos Facultativos jerarquizados participen en la obtención de los siguientes objetivos y líneas de actuación:

- 1.- Participación en las Comisiones y Juntas Facultativas.
- 2.- Participación en los programas de mejora de calidad que serán establecidos por el INSALUD y que para 1987 se concreta en los siguientes:

- Organización de los Servicios de Admisión.

- Puesta en marcha de un Registro de Actividad en Hospitales, mediante la codificación de enfermedades y procesos y la cumplimentación de los datos mínimos que resuman la hospitalización.

- Participación en programas de atención especializada a nivel del Area de Salud: interconsultas, formación continuada, coordinación, etc. Esta prestación no será superior al 20% de la jornada semanal normal, salvo voluntad expresa del interesado.

La asignación concreta de los diferentes complementos de productividad se efectuará con la participación del personal, en orden a asegurar la debida objetividad y transparencia del proceso. Al ser los objetivos de 1987 especificables por Centros Hospitalarios concretos, se debe entender que, cuando un Centro determinado cumpla con los objetivos de calidad, este complemento será percibido por los Facultativos que trabajen en dicha Institución.

En la medida que se establezcan sistemas eficaces de control del rendimiento de los servicios y de la mejora de la calidad de la asistencia, reducción de listas de espera, se tenderá a incrementar la masa salarial destinada a este concepto.

La Administración y las Centrales Sindicales legitimadas y más representativas en el sector público sanitario constituirán una comisión de seguimiento y control de los objetivos de productividad.

2.- La Administración efectuará las modificaciones normativas precisas para que aquellos Facultativos que, en su momento, no optaran por la jerarquización de sus plazas, puedan volver a hacer uso de aquella posibilidad. Igualmente, la Administración se compromete a continuar con el proceso de jerarquización y a homologar a aquellos Facultativos jerarquizados de Instituciones Abiertas que vienen efectuando un horario inferior al habitual en las Instituciones Cerradas. Por otra parte, para los Facultativos no jerarquizados, bien por no haber ejercido la opción o por no haberseles ofertado, la Administración establecerá los mecanismos precisos tendentes a objetivar sus percepciones y respetar un nivel retributivo equivalente al que corresponde al cupo máximo legal, siempre que lo tengan reconocido en la actualidad.

3.- Antes de finalizar 1987 la Administración efectuará nueva convocatoria para cubrir plazas de Facultativos Especialistas de Area.

4.- Se reconoce la inadecuación de las actuales retribuciones de los Facultativos de los Servicios de Urgencia. La Administración, en la aplicación del nuevo Sistema Retributivo a estos Facultativos, se compromete a efectuar las correcciones precisas para superar la actual situación retributiva y de relación de servicios.

5.- Las partes se comprometen a una negociación ágil y eficaz que permita disponer, en el menor tiempo posible, del nuevo cuadro normativo del personal. (Estatuto-Marco y Estatutos específicos de cada estamento previstos en la Ley General de Sanidad).

Las actuaciones administrativas conducentes al cumplimiento y aplicación de los anteriores Acuerdos se iniciarán por la Administración con carácter urgente y, en todo caso, dentro del primer semestre del presente año.

6.- El presente Acuerdo, que desarrolla el suscrito por la Administración con las Centrales Sindicales F.S.P.-U.G.T. y ELA-STV, en relación al personal médico, no agota el concepto de productividad destinado para todo el personal del INSALUD. La ratificación de este preacuerdo queda supeditada a la aceptación por parte de los Sindicatos firmantes de la cantidad destinada a productividad para el resto del personal del INSALUD.

POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO,
EL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA
SANITARIA,

Eduardo Arrojo Martínez

POR LAS CENTRALES SINDICALES,
EL SECRETARIO GENERAL FSP-UGT,

Santiago Nieves Andreo

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD

José Simón Martín

RESPONSABEL DE SANIDAD ELA-STV,

Miguel Angel Lizarralde Zubizarreta

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, S. e I.

Luis Herrero Juan

En Madrid, a veinticinco de Abril de mil novecientos ochenta y siete, reunidos los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos abajo firmantes, en el ámbito de las negociaciones mantenidas con las Centrales Sindicales más representativas para desarrollar el artículo 84 de la Ley General de Sanidad y, específicamente, el nuevo Sistema Retributivo para 1987, se toman los siguientes

ACUERDOS

1.- Por lo que respecta al Acuerdo suscrito entre la Administración y la F.S.P.-U.G.T. y ELA-STV, el 25 de Marzo de 1987, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos es conforme con sus apartados Primero y Segundo A), considerados conjuntamente con lo establecido en el presente documento.

La Administración y la C.E.S.M. son concordes en definir los siguientes aspectos relativos al personal Facultativo:

a) El complemento de atención continuada, de carácter universal para todos los Facultativos Hospitalarios, aunque de carácter renunciable si las necesidades del servicio lo permiten, que viene a sustituir al actual concepto retributivo "guardias médicas", tendrá las siguientes modalidades y cuantías:

A) 910.000 ptas./año, que supondrá la prestación de servicios de presencia física de hasta 51 horas mensuales, por encima de la jornada legal establecida, para aquellos Facultativos en los que el mantenimiento continuado del servicio implique la permanencia en el Hospital entre las 22 y las 8 horas de la mañana del día siguiente. (Cubre el período correspondiente a las actuales guardias de presencia física).

B) 450.000 ptas./año, que supondrá la prestación de servicios de presencia física hasta un máximo de 30 horas mensuales, siempre en régimen diurno.

En la medida que las necesidades asistenciales no puedan ser cubiertas con la prestación de servicios derivada de la percepción del Complemento de Atención Continuada, en la primera de sus modalidades, los Facultativos podrán ser requeridos para la prestación adicional de servicios que sobrepasen las referidas 51 horas. En este caso los servicios serán retribuidos de acuerdo con módulos, a razón de 12.750

pesetas por módulo de 17 horas de prestación de servicios, siempre una vez superada la jornada laboral correspondiente y agotadas las 51 horas adicionales. Las fracciones de módulos se abonarán, en todo caso, en la proporción resultante.

Igualmente, los Facultativos podrán ser requeridos a estar disponibles en alerta localizada. Estos servicios serán retribuidos al 50% del importe fijado para los servicios de presencia física a que se refiere el párrafo anterior.

La Administración adoptará las medidas pertinentes tendentes a reducir la exigencia de realización por cada Facultativo de un número excesivo de guardias, en cuanto sea compatible con las necesidades asistenciales, dentro del proceso de reforma sanitaria.

- b) El complemento específico, de oferta generalizada, compatible con el resto de los conceptos retributivos, de aceptación voluntaria por parte de los actuales Facultativos, cuya percepción supondrá la exclusiva dedicación al Sistema Sanitario Público, quedará cifrado en las siguientes cuantías:

- 900.000 ptas./año, Médico Adjunto o Facultativo Especialista.

- 1.000.000 ptas./año, Jefe de Sección.

- 1.100.000 ptas./año, Jefe de Departamento/Servicio.

- c) Complemento de Productividad: Existirá un fondo de 4.000 millones de pesetas para el año 1987, tendente a retribuir a cuantos Facultativos jerarquizados participen en la obtención de los siguientes objetivos y líneas de actuación:

1.- Participación en las Comisiones y Juntas Facultativas.

2.- Participación en los programas de mejora de calidad que serán establecidos por el INSALUD y que para 1987 se concreta en los siguientes:

- Organización de los Servicios de Admisión.

- Puesta en marcha de un Registro de Actividad en Hospitales, mediante la codificación de enfermedades y procesos y la cumplimentación de los datos mínimos que resuman la hospitalización.

- Participación en programas de atención especializada a nivel del Area de Salud: interconsultas, formación continuada, coordinación, etc. Esta prestación no será superior al 20% de la jornada semanal normal, salvo voluntad expresa del interesado.

La asignación concreta de los diferentes complementos de productividad se efectuará con la participación del personal, en orden a asegurar la debida objetividad y transparencia del proceso. Al ser los objetivos de 1987 especificables por Centros Hospitalarios concretos, se debe entender que, cuando un Centro determinado cumpla con los objetivos de calidad, este complemento será percibido por los Facultativos que trabajen en dicha Institución.

En la medida que se establezcan sistemas eficaces de control del rendimiento de los servicios y de la mejora de la calidad de la asistencia, reducción de listas de espera, se tenderá a incrementar la masa salarial destinada a este concepto.

La Administración y las Centrales Sindicales legitimadas y más representativas en el sector público sanitario constituirán una comisión de seguimiento y control de los objetivos de productividad.

- 2.- La Administración efectuará las modificaciones normativas precisas para que aquellos Facultativos que, en su momento, no optaran por la jerarquización de sus plazas, puedan volver a hacer uso de aquella posibilidad. Igualmente, la Administración se compromete a continuar con el proceso de jerarquización y a homologar a aquellos Facultativos jerarquizados de Instituciones Abiertas que vienen efectuando un horario inferior al habitual en las Instituciones Cerradas. (Por otra parte, para los Facultativos no jerarquizados, bien por no haber ejercido la opción o por no habérseles ofertado, la Administración establecerá los mecanismos precisos tendentes a objetivar sus percepciones y respetar un nivel retributivo equivalente al que corresponde al cupo máximo legal, siempre que lo tengan reconocido en la actualidad.)

- 3.- Antes de finalizar 1987 la Administración efectuará nueva convocatoria para cubrir plazas de Facultativos Especialistas de Area.

- 4.- Se reconoce la inadecuación de las actuales retribuciones de los Facultativos de los Servicios de Urgencia. La Administración, en la aplicación del nuevo Sistema Retributivo a estos Facultativos, se compromete a efectuar las correcciones precisas para superar la actual situación retributiva y de relación de servicios.

5.- Ambas partes se comprometen a una negociación ágil y eficaz que permita disponer, en el menor tiempo posible, del nuevo cuadro normativo del personal. (Estatuto-Marco y Estatutos específicos de cada estamento previstos en la Ley General de Sanidad).

Las actuaciones administrativas conducentes al cumplimiento y aplicación de los anteriores Acuerdos se iniciarán por la Administración con carácter urgente y, en todo caso, dentro del primer semestre del presente año.

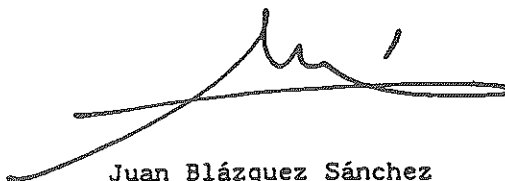
POR EL MINISTERIO DE SANIDAD
Y CONSUMO,
EL SECRETARIO GENERAL DE ASIS-
TENCIA SANITARIA,



Eduardo Arrojo Martínez

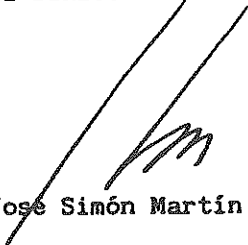
POR LA CONFEDERACION ESTATAL DE SIN-
DICATOS MEDICOS,

EL SECRETARIO GENERAL,



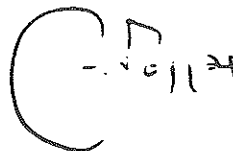
Juan Blázquez Sánchez

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD,



José Simón Martín

EL VICESECRETARIO GENERAL,



Enrique de Porres Ortiz de Urbina

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS -
HUMANOS, S.e/I.



Luis Herrero Juan

En Madrid, a 5 de Junio de 1987, los representantes de la Administración y de la F.S.P.-U.G.T., abajo firmantes, habiendo culminado la negociación de las retribuciones del nuevo sistema, suscriben el siguiente

P R E A C U E R D O:

En la semana próxima se suscribirá por ambas partes un documento, cuya copia se acompaña como anexo al presente, con el desarrollo retributivo del nuevo sistema para los Grupos de Titulación B, C, D y E, siendo las partes concordes en su contenido íntegro

POR LA ADMINISTRACION

EDUARDO ARROJO MARTINEZ



JOSE SIMON MARTIN

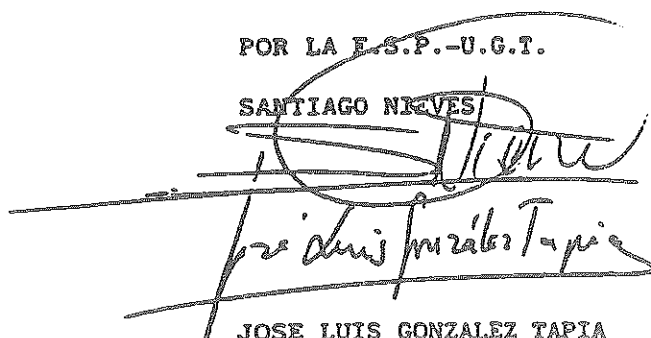


LUIS HERRERO JUAN



POR LA F.S.P.-U.G.T.

SANTIAGO NIEVES



JOSE LUIS GONZALEZ TAPIA



PURIFICACION MACIAS



FRANCISCO RODENAS

En Madrid a 9 de Junio de 1987, reunidos los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Centrales Sindicales abajo firmantes, convienen en profundizar y explicitar los puntos primero y segundo b) y c) del Acuerdo suscrito en 25 de Marzo de 1987, a cuyo efecto

ACUERDAN:

PRIMERO.- Sueldo Base.

Se fijará para cada Grupo, de acuerdo con la titulación exigida para obtener la condición de Personal Estatutario (Disposición Transitoria Tercera del proyecto de Estatuto-Marco). Las cuantías correspondientes a catorce mensualidades serán las siguientes:

* GRUPO B	1.273.706 Ptas.
* GRUPO C	949.438 "
* GRUPO D	776.342 "
* GRUPO E	708.722 "

SEGUNDO.- Complemento de Destino.

Todo puesto de trabajo lleva aparejado un Complemento de Destino, fraccionable en catorce pagas, cuya cuantía anual, por Grupos de titulación, y atendiendo a los niveles fijados en el artículo 15 C) de la vigente Ley de Presupuestos, será la siguiente, siempre referida a puestos-base:

* GRUPO B	329.352 Ptas. (1)
* GRUPO C	303.156 "
* GRUPO D	276.996 " (2)
* GRUPO E	250.812 " (3)

(1) La cuantía del Complemento de Destino de los A.T.S./D.E. de Instituciones Abiertas se cifrará en 224.628 Ptas./año.

(2) La cuantía del Complemento de Destino de los Auxiliares de Enfermería que, sin poseer la titulación de F.P.-2, realice las funciones de Técnico Especialista será la correspondiente a los puestos-base del Grupo C.

(3) La cuantía del Complemento de Destino de los Celadores que desempeñen puestos de trabajo que supongan atención directa a los pacientes será la correspondiente a los puestos-base del Grupo D.

A los puestos o cargos con responsabilidad organizativa se les asignará un Complemento de Destino cuya cuantía será superior a la de los puestos-base, además del Complemento Específico que pueda corresponderles.

TERCERO.- Complemento Específico.

Como regla general este tipo de complemento sólo se asignará a los puestos de trabajo con responsabilidad organizativa. La percepción de este complemento lleva aparejada la dedicación exclusiva al Sector Público Sanitario y sus cuantías oscilarán, para los Grupos de titulación considerados en este Acuerdo, entre 96.000 y 240.000 pesetas/año.

CUARTO.- Complemento de Productividad.

a) Compensatoria: Este concepto retributivo amparará las retribuciones precisas, que sumadas a las referidas en los puntos anteriores dan como resultado las cuantías mínimas pactadas para cada Grupo de titulación en el Acuerdo suscrito en 25 de Marzo de 1987. Las retribuciones que puedan percibirse bajo este concepto serán de carácter fijo, periódico y revalorizable.

b) Igualmente quedarán amparadas bajo el concepto de Productividad las siguientes cuantías, también de carácter fijo, periódico y revalorizable, asignadas al Personal que se relaciona por razón de su destino en Unidades de Hospitalización o de Servicios Centrales :

* A.T.S./D.E.	36.000 Ptas./año
* Técnicos Especialistas y Auxiliares - de Enfermería en puestos-base de Téc- nicos Especialistas	30.000 " "
* Auxiliares de Enfermería y Celadores Sanitarios	24.000 " "

c) También el concepto de Productividad dará cuenta de un fondo de 4.000 millones de pesetas/año destinado a quienes en la actualidad se rigen por el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo y por el Estatuto de Personal no Sanitario, con las siguientes precisiones:

- 1) En general puede decirse que retribuirá el especial rendimiento, la actividad y dedicación extraordinaria, el interés o iniciativa con que se desempeñen los puestos de trabajo, siempre que redunde en mejorar el resultado de los mismos.
- 2) La valoración de la productividad deberá realizarse en función de circunstancias relacionadas directamente con el desempeño del puesto de trabajo.
- 3) Se asignarán por el equipo directivo de la Institución, con participación de los Sindicatos representativos del Sector en orden a asegurar la debida objetividad y transparencia del proceso de asignación.

QUINTO.- Complemento de Atención Continuada.

La prestación de servicios en Instituciones Sanitarias exige la disponibilidad de personal durante las 24 horas del día y todos los días del año. La permanencia en el servicio sólo queda garantizada mediante el establecimiento de turnos que, si bien no gravitan sobre la jornada de trabajo, sí suponen la prestación del servicio en unas condiciones especialmente penosas, cuando se trata de turnos nocturnos.

El Complemento de Atención Continuada, por lo que se refiere al Personal Estatutario no Facultativo, vendrá a absorber las retribuciones que actualmente se perciben en concepto de nocturnidad. Por otra parte, parece conveniente retribuir también bajo este concepto la prestación de servicios en días festivos, aún cuando ello, al igual que la nocturnidad, no incida en la jornada laboral.

Handwritten notes and signatures:
 - Top: A circled signature.
 - Middle: A vertical signature that reads "Barrion S. P. S." with a large flourish below it.
 - Bottom: A large, stylized signature.

Los módulos a percibir por la prestación de servicios en cada domingo o día festivo, en concepto de Atención Continuada bajo esta modalidad serán los siguientes:

* GRUPO B	1.200 Ptas.
* GRUPO C	1.100 "
* GRUPOS D y E	1.000 "

SEXTO.- Trienios.

La antigüedad en la prestación de servicios pasará a retribuirse al Personal Estatutario de acuerdo con el sistema previsto para todos los servidores del Sector Público, a razón de una cantidad fija por cada tres años de servicios prestados, actualizable cada año.

No obstante lo anterior, las cuantías que individualmente cada persona tenga reconocidas a la entrada en vigor del Estatuto-Marco le serán reconocidas como Complemento de Antigüedad Personal, de carácter no absorbible por el cumplimiento de futuros trienios.

Los nuevos trienios, que se devengarán, en todo caso, a partir del día 1 del mes siguiente al de la fecha en que se cumplan, tendrán los siguientes valores anuales, computando su repercusión en las dos pagas extraordinarias:

* GRUPO B	46.074 Ptas.
* GRUPO C	34.552 "
* GRUPO D	23.058 "
* GRUPO E	17.276 "

Sin perjuicio de lo expresado anteriormente, se incluirá una Disposición Transitoria en el Estatuto-Marco que permita que el personal pueda percibir el primer trienio que totalice a partir de 1º de Enero de 1988 con los valores correspondientes al 10% del Sueldo Base de dicho personal en 31 de Diciembre de 1986, incrementados en un 5%. Los trienios que se totalicen durante 1987 tendrán, igualmente, dicho valor.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

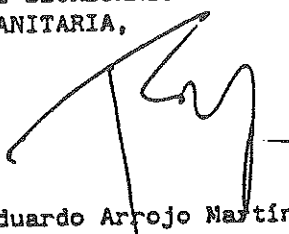
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SEPTIMO.- El personal no sanitario que tuviera atribuido, de acuerdo con el actual sistema retributivo (Orden Ministerial de 8-8-86), Complemento Personal, Complemento de Cargo de Responsabilidad o Complemento de Tareas Especiales experimentará un crecimiento porcentual de sus retribuciones no inferior al correspondiente a los Grupos D y E.

POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO,

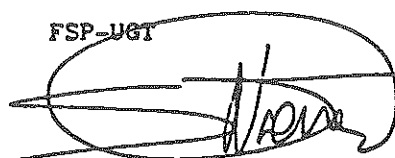
EL SECRETARIO GENERAL DE ASISTENCIA —
SANITARIA,



Eduardo Arrojo Martínez

POR LAS CENTRALES SINDICALES,

FSP-UGT

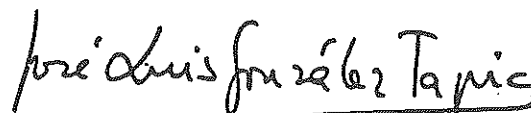


Santiago Nieves Andreo

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD,

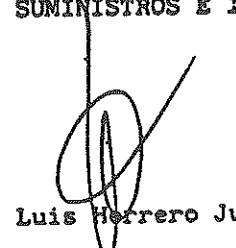


José Simón Martín



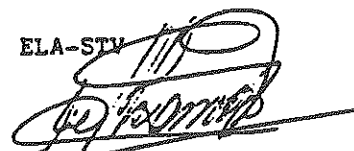
José Luis González Tapia

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS,
SUMINISTROS E INSTALACIONES,

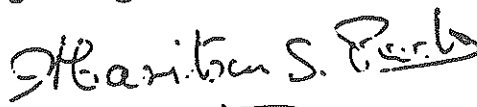


Luis Herrero Juan

ELA-STV



Miguel Ángel Lizarralde Zubizarreta



Maritxu San Pedro y Sáenz

POR LA ADMINISTRACION:
D. EDUARDO ARROJO MARTINEZ


D. JOSE SIMON MARTIN


D. LUIS HERRERO JUAN

POR EL S.G.S.
XOAN M. PONS PINTOS


JESUS FERREIRO MARTINEZ


FRANCISCO VILLANUEVA GONZALEZ


JOSE AGUSTIN PEREZ GOMEZ




En Madrid, a 19 de Junio de 1987, y en la Sede del Instituto Nacional de la Salud, reunidos los representantes de la Administración y del Sindicato Galego da Sanidade, relacionados al margen, mantienen una reunión de trabajo sobre los Acuerdos suscritos entre la Administración y otras Centrales Sindicales, referidos al Personal Sanitario no Facultativo y Personal no Sanitario. Tras un repaso pormenorizado de los citados Pactos, se adoptan las siguientes decisiones y acuerdos:

Primero.- El Sindicato Galego da Sanidade (S.G.S.) muestra su conformidad con los puntos Primero y Segundo B) y C) del Acuerdo de 25 de Marzo de 1987, suscrito entre la Administración y F.S.P.-U.G.T y ELA-STV. Igualmente muestra su conformidad con el Acuerdo suscrito entre la Administración y las mismas Centrales Sindicales el 9 de Junio de 1987.

Segundo.- El Sindicato Galego da Sanidade expone la conveniencia de convocar la Mesa Negociadora del Estatuto-Marco, con participación de todas las Centrales Sindicales más representativas, con la mayor urgencia posible. La Administración acepta dicho planteamiento.

Tercero.- En relación con el Acuerdo de 9 de Junio de 1987, se efectúan por la Administración, a instancias del Sindicato Galego da Sanidade, las siguientes puntualizaciones y aclaraciones:

- a) Todos los conceptos retributivos del nuevo Sistema, salvo los complementos personales, tendrán el carácter de revalorizable en futuros ejercicios.



b) El Complemento de Productividad a que se refiere el número Cuarto c) de los Acuerdos de 9 de Junio de 1987, retribuirá el trabajo adicional que, bajo el concepto actual de horas extraordinarias, viene realizando el personal. La Administración establecerá un periodo de ajuste tendente a disminuir el número de horas extraordinarias estructurales, evitando las que no sean estrictamente necesarias y estableciendo mecanismos, incluso la ampliación de plantillas, que hagan de la realización de horas extraordinarias algo absolutamente excepcional. La participación de los Sindicatos en la asignación del mencionado Complemento incluirá la fijación de criterios para su distribución.



c) En relación con el Complemento de Atención Continuada se hacen las siguientes puntualizaciones:

* El párrafo primero del punto Quinto de los Acuerdos hace referencia a la permanencia del servicio por parte de los establecimientos sanitarios, sin que ello suponga una disponibilidad del personal superior a la que se deriva de los propios Acuerdos.

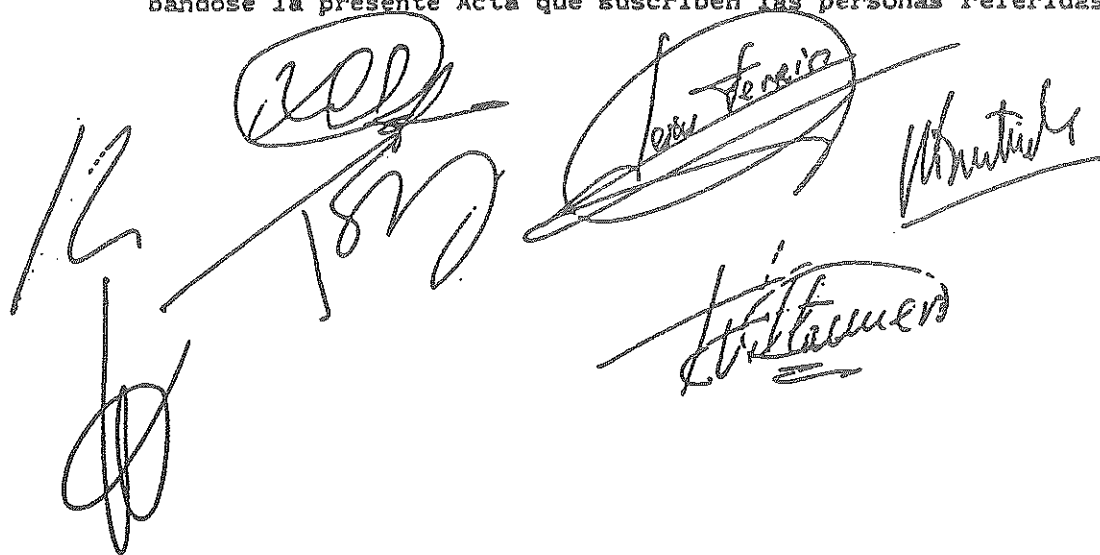
* Son compatibles los Complementos de Atención Continuada en su Modalidad A) y B), si bien esta segunda sólo se percibe prestando servicios en domingos y festivos, durante los turnos diurnos, no considerándose a estos efectos los servicios nocturnos prestados en tales días.

* La Administración establecerá los mecanismos necesarios y efectuará los ajustes precisos para poder llegar a conseguir el deseable objetivo de que la obligatoriedad del personal para cubrir, con carácter rotatorio, los turnos de noche establecidos, no suponga la prestación de servicios de noche más allá de una semana mensual, salvo en los periodos vacacionales. A estos efectos y antes de 30 de Junio de 1987, la Administración cursará instrucciones y recabará información de las Direcciones Provinciales y Gerencias/Direcciones de las Instituciones Sanitarias para llevar a cabo la planificación precisa.



Cuarto.- Se acuerda incorporar, como Anexos a la presente Acta, los Acuerdos de 25 de Marzo y 9 de Junio de 1987.

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión aprobándose la presente Acta que suscriben las personas referidas al margen.



The image contains several handwritten signatures and initials. On the left, there are initials 'L' and a signature. In the center, there is a signature that appears to be 'Luis Ferrer' written inside a circle, with another signature below it. To the right, there is a signature that looks like 'Montiel' and another signature below it that appears to be 'L. Ferrer'.

POR LA ADMINISTRACION:
DON EDUARDO ARROJO MARTINEZ


DON JOSE SIMÓN MARTIN


LUIS FERRERO JUAN

POR EL S.G.S.:

XOAN CONS PINTOS


JESUS FERREIRO MARTINEZ


FRANCISCO VILLANUEVA-GONZALEZ


JOSE AGUSTIN PEREZ GOMEZ

Segundo.- El Sindicato Galego da Sanidade (S.G.S.) expone la conveniencia de convocar la Mesa Negociadora del Estatuto-Marco, con participación de todas las Centrales Sindicales más representativas, con la mayor urgencia posible. La Administración acepta dicho planteamiento.

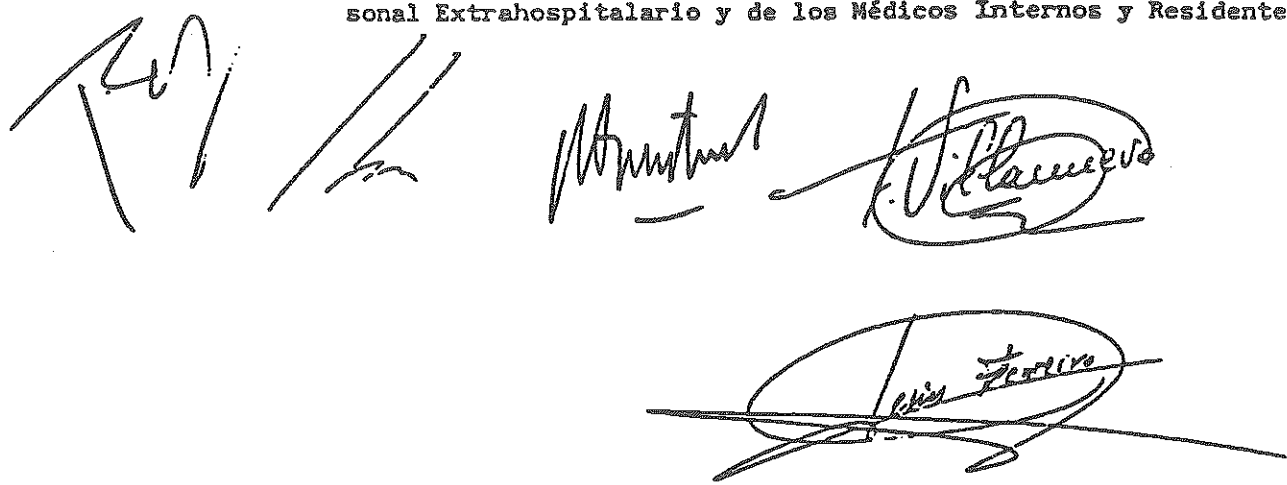
Tercero.- El Sindicato Galego da Sanidade (S.G.S.) muestra su conformidad con los puntos Primero y Segundo A) del Acuerdo de 25 de Marzo de 1987, suscrito entre la Administración y F.S.P.-U.G.T. y ELA-STV. Igualmente muestra su conformidad con el Acuerdo suscrito entre la Administración, la C.E.S.M., y los Sindicatos antes citados el 25 de Abril de 1987. También es conforme con el Acta de la Comisión de Seguimiento de los Pactos, de la sesión

En Madrid, a 23 de Junio de 1987, y en la Sede del Instituto Nacional de la Salud, reunidos los representantes de la Administración y del Sindicato Galego da Sanidade, relacionados al margen, mantienen una reunión de trabajo sobre los Acuerdos suscritos entre la Administración y otras Centrales Sindicales, referidos al Personal Facultativo Jerarquizado. Tras un repaso pormenorizado de los citados Pactos, se adoptan las siguientes decisiones y Acuerdos:

Primero.- La Administración y el Sindicato Galego da Sanidade se comprometen a potenciar el Sistema Sanitario Público a través de la mejora en la planificación, organización, gestión, promoción y formación del personal sanitario y defensa de la dedicación exclusiva a la sanidad pública, orientándose, por parte de la Administración, los incrementos presupuestarios de cada ejercicio económico a incrementar los recursos sanitarios y la mejora en la calidad de la atención sanitaria integral.

correspondiente al día 16 de Junio de 1987 y con el contenido de la carta del Director General del INSALUD de 12 de Junio, del mismo año.

Cuarto.- El Sindicato Galego da Sanidade (S.G.S.) muestra su intención, que la Administración acepta, de plantear en la Comisión de Seguimiento de los Pactos, aspectos relativos al Personal Facultativo Jerarquizado que no han sido objeto de Acuerdos expresos (Trienios y Pagas Extraordinarias), así como algunos otros extremos de distinta índole: participación de los Sindicatos en el modelo de Reglamento de Régimen Interior que va a efectuar próximamente el INSALUD y en la fijación de retribuciones del Personal Extrahospitalario y de los Médicos Internos y Residentes.



Handwritten signatures and initials, including a large stylized 'R' and 'M', a signature that appears to be 'Antonio', a signature that appears to be 'F. Villaverde', and a signature that appears to be 'Luis Ferrero'.



En Madrid, a 7 de Octubre de 1.988, reunidos los representantes de la Administración Sanitaria del Estado y la Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF), como consecuencia de las negociaciones iniciadas en la Mesa General de Negociación de la Administración del Estado y en desarrollo de lo especificado en la cláusula tercera del acuerdo suscrito en la referida Mesa General, acuerdan en el marco de la Mesa Sectorial Sanitaria/ suscribir el presente pacto:

1º) AMBITO Y VIGENCIA:

El presente Acuerdo, que tendrá vigencia hasta 31 de Diciembre de 1989, comprende al personal estatutario al que resulta de aplicación el nuevo sistema retributivo y presta servicios en el ámbito territorial al que extiende su competencia el Instituto Nacional de la Salud.

2º) DISTRIBUCION DEL FONDO:

La participación del personal al que se refiere el punto anterior en el Fondo destinado a corregir desequilibrios, previsto en el Proyecto de Ley de Presupuestos para 1989, que asciende a 4.595 millones de pesetas, se aplicará a la modificación de los Complementos de Destino de los puestos de trabajo que seguidamente se relacionan, con expresión del nivel que les resultará asignado desde 1 de Enero de 1989:



PUESTO DE TRABAJO

NIVEL COMP.DESTINO
DESDE 1.1.89

PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO

A.- EN HOSPITAL

Matrona Jefe o Adjunta; Fisioterapeuta Jefe o Adjunto; Enfermera Jefe, Subjefe o Adjunta; Terapeuta Ocupacional, Jefe o Adjunto; Directora Técnica Escuela Universitaria de Enfermería 21

Enfermera Supervisora; Enfermera - Jefe del Servicio de Atención al Paciente; Secretaria Estudios Escuela Universitaria de Enfermería; Matronas 20

Fisioterapeuta; Profesora E.Univer. Enfermería; Enfermera A.T.S./D.U.E. en Unidades de Hospitalización; Enfermera A.T.S./D.U.E. en Servicios Centrales; Terapeuta Ocupacional .. 18

Enfermera A.T.S./D.U.E. en Consultas Externas 17

B.- EN INSTITUCION ABIERTA:

Enfermera Jefe, Subjefe o Adjunta.. 16

Enfermera Jefe del Servicio de Atención al Paciente 15

Fisioterapeuta; Enfermera A.T.S./D.U.E. en Servicios Centrales 14

Enfermera A.T.S./D.U.E. 13

[Handwritten signatures and scribbles on the left margin]



C.- EN SERVICIOS DE URGENCIA:

Practicante-A.T.S./D.U.E. Servicio Especial de Urgencia	17
Practicante-A.T.S./D.U.E. Servicio Normal de Urgencia	15

D.- EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA:

Coordinador de Enfermería	20
A.T.S./D.U.E.	18

PERSONAL NO SANITARIO

Grupo Técnico Función Administrativa;- Ingeniero Superior; Bibliotecario	20
Ingeniero Técnico Jefe de Grupo	18
Grupo Gestión Función Administrativa;- Maestro Industrial Jefe de Equipo; - - Profesor E.G.B.; Profesor Educación Física; Asistente Social; Jefe de Grupo .	17
Controlador de Suministros; Gobernanta; Jefe de Personal Subalterno en Hospital.	16
Jefe de Taller; Jefe de Equipo; Encargado Equipo Personal de Oficio	15
Cocinero; Telefonista Encargada Hospital y Servicio Especial de Urgencia; - Jefe de Personal Subalterno en Institución Abierta	14

[Handwritten signatures and scribbles on the left margin]



Las cantidades que los puestos de trabajo anteriores tuvieran reconocidas en concepto de Productividad (factor fijo) resultarán minoradas en las cuantías necesarias para que el coste de la asignación de los nuevos Complementos de Destino no exceda de 4.595 millones de pesetas, del Fondo disponible.

3º) COMPLEMENTOS ESPECÍFICOS PARA EL EJERCICIO DE 1990:

Se acuerda la constitución de un Grupo de Trabajo, con representación de los Sindicatos suscribientes del presente Acuerdo y de la Administración, para fijar los criterios de determinación de los puestos de trabajo de Enfermería y Complementos Específicos que se asignarán a los mismos durante el ejercicio de 1990. Las propuestas de este Grupo de Trabajo habrán de ser presentadas antes de finalizar el primer semestre de 1989.

4º) FORMACION DE PERSONAL:

Se acuerda constituir un Grupo de Trabajo, con representación de las partes firmantes, en orden a fijar los criterios generales que habrán de considerar los Gestores de las Instituciones Sanitarias, junto a los representantes provinciales de los Sindicatos firmantes, para llevar a cabo los programas de formación del personal para 1989 por un importe total de 400 millones de pesetas. Los trabajos de este Grupo habrán de ser presentados antes de 31 de Diciembre de 1988, momento en que se constituirá una Comisión de Seguimiento que vele por el cumplimiento de los criterios y directrices que finalmente se aprueben.

5º) JORNADA DE TRABAJO Y ASUNTOS CONEXOS:

Se constituirá un Grupo de Trabajo, con participación de las partes firmantes, para analizar cuestiones relativas a la jornada de trabajo, horario, turnos y absentismo laboral, así como para proponer medidas sobre dichos asuntos.

6º) FUNCIONES Y PLANTILLAS:

Se constituirá, asimismo, un Grupo de Trabajo, con participación de las partes firmantes, para determinación de ratios asistenciales y clarificación de funciones de aquellos puestos de trabajo



cuya definición actual genera algún tipo de disfunción.

7º) JERARQUIZACION, CUPO Y ZONA Y ATENCION PRIMARIA:

Se constituirá un Grupo de Trabajo, con participación de las representaciones de la Administración y de los Sindicatos que suscriben el presente Acuerdo, en orden a establecer criterios generales de actuación sobre las materias siguientes:

- El estudio pormenorizado de la actual situación retributiva del personal de Cupo y Zona y Titulares con propuestas que incluyan una estabilización de las remuneraciones de este personal, tendiendo a homogeneizarlas en torno a las actualmente percibidas. Se abordará también la confección de un programa que garantice a los profesionales el nivel retributivo adecuado, durante el proceso de adaptación del sistema retributivo, señalando la cuantía de los Complementos Personales Transitorios que deban asignarse a cada puesto de trabajo, si fuera preciso.

La Administración aportará la documentación precisa que contenga información suficiente para adoptar decisiones por parte de los profesionales en cuanto a posibles reubicaciones voluntarias del personal de Cupo y Zona y adecuación funcional de los Médicos Generales, Pediatras y Médicos de Urgencia, en posesión de alguna Especialidad.

- La adecuación de la jornada del personal Médico y A.T.S./D.U.E. de los Servicios de Urgencia, a la que con carácter general realiza el personal estatutario, desde 1º de Enero de 1989.
- La adscripción del personal de Cupo y Zona, Servicios de Urgencia y Titulares a los Centros de Salud y Servicios Jerarquizados, tendiendo a que los profesionales dispongan de la máxima información en orden a facilitar su toma de decisión sobre su adscripción a los Equipos de Atención Primaria.
- La integración de los Médicos de Urgencia Hospitalaria en los Grupos Estatutarios que les corresponda, de acuerdo con el Proyecto de Ley de Presupuestos para 1989.

Asimismo se constituirán en cada provincia, con la misma representación, otras tantas Comisiones Técnicas que puedan formular las propuestas correspondientes al Grupo de Trabajo Central el cual las elevará, para la decisión que corresponda, tras comprobar que tienen cabida en los criterios y directrices generales



adoptados por el mismo. El Grupo de Trabajo Central realizará, igualmente, funciones de seguimiento del grado de cumplimiento de las propuestas que formulen las Comisiones Provinciales.

La constitución del Grupo de Trabajo y de las Comisiones Técnicas tendrá lugar, en todo caso, antes de finalizar 1988 y deberá presentar sus conclusiones durante el primer semestre de 1989.

8º) TRIENIOS:

Se constituirá un Grupo de Trabajo, con representación de las partes que suscriben el presente Acuerdo, con objeto de elaborar un proyecto de norma que aborde los asuntos sobre los que se han producido recientes pronunciamientos judiciales favorables al personal estatutario, singularmente los relacionados con el reconocimiento de servicios previos previsto en la Ley 70/78.

El proyecto, habrá de estar formulado antes de 1º de Junio de 1989 y abordará todos los extremos que permitan una gestión ágil del reconocimiento antedicho.

9º) PRODUCTIVIDAD (FACTOR VARIABLE):

Se constituirá un Grupo de Trabajo, con representantes de las partes que suscriben el presente Acuerdo, en orden a determinar los criterios y directrices generales de asignación durante 1989 del Complemento de Productividad (factor variable), por parte de los Gestores de Instituciones Sanitarias, concatenando, en todo caso, aquella asignación con la consecución de objetivos preestablecidos. Los trabajos de este Grupo, habrán de concluir antes de finalizar el primer semestre de 1989.



10º) PROMOCION INTERNA:

Se constituirá un Grupo de Trabajo, con representación de las partes que firman el presente Acuerdo, en orden a estudiar y, en su caso, efectuar propuestas sobre las siguientes materias:

- Problemática funcional y retributiva del personal no sanitario de los Servicios Especiales de Urgencia.
- Adopción de medidas tendentes a obtener Acuerdos con las instancias administrativas pertinentes en orden a facilitar la promoción interna mediante la obtención de las titulaciones académicas adecuadas (F.P.1/F.P.2) para los Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Enfermería, Personal de Oficios y Celadores.

La constitución de este Grupo de Trabajo tendrá lugar antes de concluir 1988.

11º) ALCANCE DE LA NEGOCIACION:

La negociación retributiva correspondiente a 1989 queda agotada con el contenido del presente Acuerdo.

12º) ADHESION DE OTROS SINDICATOS:

A este Acuerdo podrán adherirse, en sus propios términos y como un todo, los Sindicatos presentes en la Mesa Sectorial Sanitaria de la Administración del Estado.



13ª) EFICACIA:

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley 9/87, para la validez y eficacia del presente Acuerdo será necesaria la aprobación expresa y formal del Consejo de Ministros, en cuando recoge asuntos de su competencia.

Y, para que conste, se firma el presente Acuerdo en el lugar y fecha indicados.

POR LA ADMINISTRACION SANITARIA
EL SECRETARIO GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA

Eduardo Arrojo Martínez

POR C.S.I.F.

Enrique Bayona González

LA DIRECTORA GENERAL DE LA FUNCION
PUBLICA

Ma Teresa Nagin Barquín

Pedro Perez Peralta

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD

José Simón Martín

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS
HUMANOS, SUMINIS. E INSTALAC.

Luis Herrero Juan

EL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PROTOCOLO ADICIONAL AL ACUERDO DE 7 DE OCTUBRE DE 1.988 SOBRE TRIENIOS

En Madrid, a 22 de mayo de 1.989, se reúnen la representación de la Administración Sanitaria del Estado y la de Convergencia Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios (CEMSATSE), y, en relación con el proyecto de norma previsto en el apartado número 8, "TRIENIOS", del Acuerdo de fecha 7 de octubre de 1.988, suscrito por dichas representaciones, convienen lo siguiente:

1º.- Ambito subjetivo del reconocimiento de servicios previos conforme a la Ley 70/78.-

Personal del Instituto Nacional de la Salud incluido en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social o en el Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que tenga nombramiento en propiedad, o en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que tenga nombramiento de plantilla.

El proyecto de norma, que consistirá en un Real Decreto, contendrá una Disposición Adicional que permita que las Comunidades Autónomas a las que ya hubiesen sido transferidos los servicios sanitarios antes dependientes del Instituto Nacional de la Salud, puedan optar por establecer o no el sistema de reconocimiento de servicios previos en la Administración pública, que se prevea en tal Real Decreto.

2º.- Servicios computables.-

A efectos de perfeccionamiento de trienios se computarán todos los servicios prestados por el expresado personal en cualquiera de las Administraciones públicas citadas en el artículo primero de la Ley 70/78, de 26 de diciembre (Administración del Estado, Local, Institucional, de Justicia, de la Jurisdicción del Trabajo y de la Seguridad Social), sea el que fuere el régimen jurídico en que los hubieran prestado, excepto aquéllos que tuvieran el carácter de prestaciones personales obligatorias.

Se computarán también las fracciones de año inicial de prestación de servicios como personal estatutario con nombramiento en propiedad que pudieran no haberse computado al citado personal.

Ningún período de tiempo podrá ser computado más de una vez aun cuando durante el mismo el interesado hubiera prestado servicios simultáneos en una o más esferas de la misma Administración o en Administraciones públicas diferentes.

Cualquier período de tiempo de servicios que haya sido tenido en consideración para determinar pensión de cualquier naturaleza no puede ser nuevamente reconocido a los efectos previstos en la Ley.

.../..



3º.- Valoración de los trienios a que dé lugar el reconocimiento de servicios previos.-

El establecimiento por el Real Decreto-Ley 3/87, de 11 de septiembre, de un nuevo sistema retributivo para el personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, hace legalmente preceptivo que los nuevos trienios que se reconozcan conforme a la Ley 70/78, al personal cuyas retribuciones ya se viniesen haciendo efectivas conforme a dicho nuevo sistema, se valoren con arreglo al sistema de cantidad igual para cada uno de los grupos de clasificación, por cada tres años de servicio, previsto en el artículo 2º.Dos.b) de dicho Real Decreto-Ley.

Por otra parte, la valoración conforme al nuevo sistema ofrece mayor simplicidad y evitará las dificultades de cálculo que el anterior sistema de trienios, dada su intrínseca complejidad, presenta, permitiendo así una mayor agilidad en la liquidación de cantidades.

En el caso del personal de cupo y zona, el cálculo de sus trienios conforme al anterior sistema alcanza cotas de máxima complejidad y laboriosidad, presentando, además, la cuestión de difícil solución de la fijación del número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria, a efectos de la determinación de los haberes básicos, cuando no existiese constancia documental del número de los que realmente se hubiesen tenido asignados, por todo lo cual, y sin perjuicio de que sus retribuciones no han sido aún adaptadas al sistema del Real Decreto-Ley 3/1987, resulta aconsejable hacerle extensivo, a los específicos efectos de reconocimiento de servicios previos conforme a la Ley 70/78, las ventajas de mayor simplicidad y agilidad de liquidación del nuevo sistema.

Se evitarán así, también, las posibles discriminaciones que se producirían en los casos de reconocimiento de servicios previos a personal que actuó como personal de cupo y en la actualidad es personal hospitalario o de Atención Primaria, y viceversa, y que depararían distintas liquidaciones para idénticos períodos de tiempo reconocidos.

En base a todo ello, se conviene lo siguientes:

A.- Períodos de tiempo correspondientes a servicios previos reconocidos, que totalicen uno o varios trienios (todo el personal, tanto el que ya tuviese adaptadas sus retribuciones al sistema retributivo del Real Decreto-Ley 3/1987, como el que no las tuviese)

Los servicios previos reconocidos con arreglo a la Ley 70/78 se acumularán por orden cronológico y se procederá con ellos a un nuevo cómputo de trienios y a su valoración. Este nuevo cómputo será distinto e independiente del de los trienios que, en su caso, se tuviesen ya reconocidos correspondientes a los servicios prestados con nombramiento en propiedad o de plantilla.

Los períodos de tiempo correspondientes a servicios previos reconocidos, que totalicen uno o varios trienios, se clasificarán, conforme a la categoría o, en su caso, nivel de proporcionalidad, que corresponda a las funciones que se desempeñaban precisamente el día en que se hubiera

.../..



perfeccionado cada trienio, en el correspondiente grupo de los previstos en el artículo 3º del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud.

Los trienios totalizados se valorarán económicamente, conforme al artículo 2º.Dos.b), del ya citado Real Decreto-Ley 3/1987, con arreglo a la cantidad, igual, fijada para los trienios del grupo de clasificación que corresponda, y ello según las cuantías anuales aprobadas por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado. Para 1.989, en concreto, las cuantías anuales (14 mensualidades) son:

GRUPO	CUANTIA
A	62.300
B	49.840
C	37.380
D	24.948
E	18.704

B.- Períodos de tiempo correspondientes a servicios previos reconocidos, que no totalicen un trienio

a).- Personal que ya tuviese adaptadas sus retribuciones al sistema retributivo del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre

Los períodos de tiempo que se reconozcan, que no totalicen un trienio, se agregarán a los que el interesado hubiese prestado desde el vencimiento del último trienio que tuviera ya acreditado con anterioridad, al objeto de, en su caso, totalizar un nuevo trienio, el cual, se valorará económicamente, conforme al artículo 2º.Dos.b) del Real Decreto-Ley 3/1987, con arreglo a la cantidad, igual, fijada para los trienios del grupo de clasificación que corresponda, y ello según las cuantías anuales aprobadas por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado, cuyo importe para 1.989 ya ha sido anteriormente expresado.

b).- Personal que no tuviese adaptadas aún sus retribuciones al sistema retributivo establecido por el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre (personal de cupo)

Los períodos de tiempo que se reconozcan, que no totalicen un trienio, se agregarán a los que el interesado hubiera prestado desde el vencimiento del último trienio que tuviera ya acreditado con anterioridad, al objeto de, en su caso, totalizar un nuevo trienio. La valoración de este trienio será, conforme al anterior sistema retributivo, el 10 por 100 del promedio mensual de los haberes básicos percibidos durante los doce meses inmediatamente anteriores a la fecha de totalización del trienio. Si parte de esos doce meses correspondiesen al período de tiempo de servicios previos reconocidos, el promedio mensual será únicamente el de los haberes básicos percibidos desde la fecha de vencimiento del último trienio que se tuviera ya acreditado con anterioridad.

.../...



4º.- Procedimiento.-

El procedimiento se iniciará a instancia del interesado.

5º.- Real Decreto.-

La representación de la Administración Sanitaria se compromete a agilizar en todo lo posible la tramitación del proyecto de Real Decreto, de modo que el mismo pueda ser promulgado en el otoño de 1.989.

6º.- Personal con Sentencia firme de la Jurisdicción Laboral reconociéndole servicios previos.-

Cuando la Sentencia firme condene al abono de cantidad líquida, la Sentencia se ejecutará en sus propios términos.

Cuando la Sentencia firme no condene al abono de cantidad líquida, podrá aplicarse el sistema de valoración de trienios contenido en el proyectado Real Decreto, y ello con la efectividad económica que establezca la Sentencia.

POR LA ADMINISTRACION SANITARIA

EL SECRETARIO GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA,

Eduardo Arrojo Martínez

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD

José Simón Martín

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS
HUMANOS, SUMINISTROS E INSTALACIONES

Luis Herrero Juan

POR C.E.M.S.A.T.S.E.

EL SECRETARIO GENERAL DEL
SECTOR MEDICO DE CEMSATSE

Vicente Garcés San Ruperto

EL SECRETARIO GENERAL DEL
SECTOR DE ENFERMERIA DE
CEMSATSE

Víctor Aznar Marcén

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

6487 **RESOLUCION** de 20 de febrero de 1990, de la Dirección General de Trabajo, por la que se publica el texto del acuerdo suscrito por las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC. OO.), Confederación de la Unión General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF).

Visto el texto del Acuerdo suscrito el día 18 de enero de 1990, por las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC. OO.), Confederación de la Unión General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF), sobre condiciones de trabajo del personal funcionario de los Cuerpos Sanitarios Locales, incluido el personal interino, que tengan relación de servicios con el INSALUD.

Esta Dirección General de Trabajo acuerda:

Primero.-Admitir el depósito del citado Acuerdo en la Subdirección General de Mediación, Arbitraje y Conciliación de este Centro Directivo.

Segundo.-Disponer su publicación en el Boletín Oficial del Estado, de conformidad con lo previsto en el artículo 36 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Organos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

Madrid, 22 de febrero de 1990.-El Director general, Carlos Navarro López.

Acuerdo suscrito por las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC. OO.), Confederación de la Unión General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF)

En Madrid a 18 de enero de 1990, reunidas las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y de las Centrales Sindicales,

presentes en la Mesa Sectorial Sanitaria de la Administración de Estado, prevista en el artículo 31 de la Ley 9/1987, de 11 de junio, de Organos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, y tras la sesión celebrada por la citada Mesa el día 17 de enero, convienen en suscribir el siguiente Acuerdo:

1. Ambito y vigencia

El presente Acuerdo, que tendrá vigencia hasta 31 de diciembre de 1990, salvo que se exprese otro para algún aspecto concreto en los siguientes puntos, comprende al personal funcionario de los Cuerpos Sanitarios Locales, incluso el personal interino, en cuanto mantenga una relación de servicios de carácter asistencial con el INSALUD:

2. La extensión de los equipos de Atención Primaria

El presente Acuerdo garantiza la extensión de organización de la Atención Primaria recogida en la Ley General de Sanidad, siendo conformes las partes que lo suscriben en que la implantación definitiva del nuevo modelo supondrá no sólo una mejora de la calidad asistencial hacia los usuarios del Sistema Nacional de Salud, sino también una consideración adecuada de las condiciones de trabajo de los Médicos, ATS y Matronas pertenecientes a los Cuerpos de Sanitarios Locales e integrados en los Equipos de Atención Primaria.

Por ello, la Administración Sanitaria del Estado dispondrá lo necesario para que en un plazo máximo de tres ejercicios presupuestarios (1990, 1991 y 1992), tratando de extender totalmente la estructura de los Equipos de Atención Primaria sin agotar el último, se doten las plantillas de los Equipos de Atención Primaria necesarios para que todos los Sanitarios Locales a los que se refiere el presente Acuerdo puedan optar voluntariamente por quedar integrados en tales Equipos, con independencia de que existan integrados núcleos de población que por las condiciones geográficas y/o de infraestructura requieran una organización de los Equipos de Atención Primaria más flexible y adecuada al entorno de la Zona Básica de Salud.

Al objeto de precisar la integración aludida en el párrafo anterior, la Administración se compromete a presentar, en la Comisión de Seguimiento establecida en el presente Acuerdo, las plantillas para extender los equipos de Atención Primaria a un promedio de un 13 por 100 de población protegida en cada ejercicio, en función de las disponibilidades presupuestarias y materiales y de acuerdo con las competencias de las distintas Administraciones Públicas implicadas.

En el desarrollo del proceso de integración antedicho, para la extensión de la nueva organización de la Atención Primaria, se dará

prioridad a la aprobación de las plantillas de aquellos Equipos de Atención Primaria en los que haya de quedar integrado el personal a que se refiere el punto 4.4 de este Acuerdo.

Este punto del Acuerdo tendrá una vigencia hasta 31 de diciembre de 1992.

3. Personal integrado en los Equipos de Atención Primaria

Al personal actualmente integrado en los Equipos de Atención Primaria, o que en el futuro se vaya integrando, le será de aplicación el actual Sistema Retributivo aprobado por el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, con las especificaciones y condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 15 de abril de 1988. No obstante, cuando las cuantías que, en concepto de antigüedad, vinieran percibiendo antes de su integración fueran superiores a las que, en concepto de trienios, percibían de la Comunidad Autónoma correspondiente en el momento de la integración, el INSALUD, a petición de los interesados, satisfará, asimismo en concepto de trienios, las diferencias existentes, con efectividad de la entrada en vigor de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1990.

Por otra parte, como quiera que las plantillas de los Equipos de Atención Primaria, en general bien dimensionadas para la atención normal de la población, pueden resultar en algunos casos insuficientes para llevar a cabo una atención continuada que no obligue a efectuar un número excesivo de guardias por parte de los profesionales, conviene reforzar, en función de los puestos de guardia existentes en cada Equipo, que sólo excepcionalmente podrán ser más de uno, el número de efectivos, utilizando contrataciones discontinuas con cargo a créditos de personal eventual, y de acuerdo con los siguientes criterios, que comparará, asimismo, al Personal Estatutario integrado en los correspondientes Equipos.

En los Equipos de Atención Primaria con cuatro Médicos y cuatro ATS/DUE se contratará personal para la prestación de servicios todos los fines de semana y festivos del año.

En los Equipos de Atención Primaria con cinco Médicos y cinco ATS/DUE se contratará personal para la prestación de servicios tres fines de semana y festivos de cada cuatro.

En los Equipos de Atención Primaria con seis Médicos y seis ATS/DUE se contratará personal para la prestación de servicios la mitad de los fines de semana y festivos (dos de cada cuatro).

En los Equipos de Atención Primaria con siete Médicos y siete ATS/DUE se contratará personal para la prestación de servicios uno de cada cuatro fines de semana y festivos.

4. Sanitarios Locales pendientes de integrar en Equipos de Atención Primaria

4.1 Reconociendo los efectos favorables de la Orden de 9 de septiembre de 1981 y disposiciones concordantes de las Comunidades Autónomas para establecer turnos de guardia en el Medio Rural que, además de garantizar la atención de urgencias a los usuarios, supongan la mejora en las condiciones de trabajo para los Sanitarios Locales, la Administración Sanitaria facilitará la puesta en funcionamiento de un puesto de guardia en cada Zona Básica de Salud.

4.2 Con independencia de lo expresado en el punto anterior, dentro del primer semestre de 1990 y en coordinación con las Comunidades Autónomas correspondientes, se establecerá un plazo para que todos los Sanitarios Locales, pendientes de integrarse en Equipos de Atención Primaria, por inexistencia en la actualidad de plantilla reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, puedan manifestar, documentalmente, su voluntad de integrarse. La integración efectiva se producirá cuando se haya fijado la plantilla correspondiente al Equipo de Atención Primaria. Los interesados deberán comprometerse, asimismo, a participar en la realización de guardias en los puestos establecidos o que puedan establecerse por la Comunidad Autónoma.

Hasta tanto se produzca la integración plena en los Equipos, los funcionarios que opten por la integración percibirán adicionalmente como Complemento de Atención Continuada, una cuantía de 27.500 ptas/mes, en el caso de los Médicos, y de 22.000 ptas/mes, en el caso de los ATS/DUE, una vez que la Comunidad Autónoma correspondiente haya notificado a los interesados y comunicado a la Dirección Provincial del INSALUD, la Resolución para la organización de la urgencia en cada Zona Básica de Salud y la integración en el Equipo de Atención Primaria condicionada a la dotación de la plantilla del mismo. Las cuantías indicadas experimentarán las revalorizaciones que establezcan las sucesivas normas presupuestarias.

El compromiso de integración se llevará a cabo de conformidad con los siguientes criterios y requerimientos:

En cada Zona Básica de Salud sólo debe existir un puesto de guardia. El número de profesionales que debe participar en cada puesto de guardia no debe ser inferior al 80 por 100 de los existentes en el ámbito de cada Zona Básica de Salud.

Sólo los funcionarios que suscriban el compromiso antedicho percibirán la remuneración a que se ha hecho referencia.

Excepcionalmente podrá existir más de un puesto de guardia en una Zona Básica de Salud si las condiciones geográficas y/o de infraestructura lo exigen, debiendo turnarse entre los distintos Facultativos y ATS/DUE del Equipo de Atención Primaria para realizar la atención continuada en uno u otro puesto de guardia.

Por otra parte, una vez determinadas las Zonas Básicas de Salud en las que el 80 por 100 o más de los efectivos hayan manifestado documentalmente el compromiso de integración antedicho, se estudiará la organización más adecuada para adaptar, en forma similar a la de los Equipos de Atención Primaria, los recursos humanos existentes en cada Zona a las demandas de urgencias.

Los efectos económicos de este punto tendrán vigencia desde el día 1 del mes siguiente a aquel en que la Administración Sanitaria, una vez hecho público el plazo para solicitarlo, haya recibido el compromiso escrito de los funcionarios.

4.3 No obstante lo expresado en el punto 4.2, a medida que se vayan dotando los correspondientes Equipos de Atención Primaria, se volverá a ofertar la incorporación a los equipos Sanitarios Locales que no hayan optado por el compromiso inicial de integración, asumiendo, las partes que suscriben el presente Acuerdo, la necesidad de potenciar, extender e implantar definitivamente la organización de la integración de la Atención Primaria que recoge la Ley General de Sanidad.

4.4 A los Sanitarios Locales que deban permanecer durante las veinticuatro horas del día prestando asistencia sanitaria a su población, al no poderse organizar con otros compañeros para establecer puestos de guardia, debido a las condiciones geográficas (situaciones especiales de aislamiento, alta montaña, etc.), se les facilitará el acceso al tiempo libre mediante la contratación discontinua, con cargo a créditos de personal eventual, de los efectivos precisos para que puedan tener libre un fin de semana y otro no durante todo el año, y todos los festivos.

Los Sanitarios Locales referidos en el párrafo anterior que manifiesten documentalmente de integrarse por el procedimiento, plazo y requisitos que se señalan en el punto 4.2, percibirán adicionalmente y como Complemento de Atención Continuada, una cuantía de 50.000 ptas/mes, en el caso de los Médicos, y de 40.000 ptas/mes, en el caso de los ATS/DUE, revalorizables ambas cantidades en los términos que establezcan las sucesivas normas presupuestarias.

Estas situaciones se determinarán en el ámbito de una Comisión formada al efecto en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, durante el mes de marzo de 1990.

Asimismo, las partes referidas en el encabezamiento de este documento, suscriben el siguiente Pacto:

1. Material fungible

La Administración Sanitaria del Estado, con participación de las Comunidades Autónomas, se compromete a elaborar, conjuntamente, los criterios de suministro y distribución de material fungible, y a la adecuación de los Consultorios de los Sanitarios Locales, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud al respecto, con fecha de 1 de marzo de 1990.

El INSALUD, siguiendo los anteriores criterios, dotará de forma regular el material fungible a todos los Sanitarios Locales.

2. Formación continuada

La Administración Sanitaria se compromete a facilitar el acceso a la Formación Continuada de los Sanitarios Locales durante un tiempo no inferior a quince días cada año, financiando las sustituciones que a tal fin procedan.

3. Actuaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Administración Sanitaria se compromete a coordinar las actuaciones que las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, puedan realizar en relación con los puntos objeto de este Acuerdo, así como con los diferentes procesos de selección y baremos para concurso de traslado que afecten a los Sanitarios Locales.

Comisión de Seguimiento

Finalmente, las partes suscribientes del presente documento convienen en establecer una Comisión de Seguimiento de lo acordado y pactado en el mismo, cuya primera reunión tendrá lugar dentro del mes de marzo del presente año, además de mantener, al menos, otras dos anuales. En esta Comisión se efectuará también el seguimiento de las contrataciones que se consideren precisas para dar cumplimiento a los refuerzos previstos en los apartados 3 y 4 anteriores.

Eficacia

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley 9/1987, para la validez y eficacia del Acuerdo que contienen el presente documento será necesaria la aprobación expresa y formal del Consejo de Ministros, en cuanto recoge asuntos de su competencia.

Y, para que conste, se firma el presente Acuerdo en el lugar y fecha indicados.-Por la Administración Sanitaria: El Director general del INSALUD, Jesús Gutiérrez Morlote. El Director general de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones, Lois Herrero Juan.-Por las Centrales Sindicales: CEMSATSE, UGT, CC. OO. y CSIF.-Visto bueno: El Ministro de Sanidad y Consumo, Julián García Vargas.

CAPITULO I-10

ACUERDOS SINDICALES APROBADOS
EN CONSEJO DE MINISTROS

endida en la provincia de Badajoz, establecida por Real Decreto 3/1989, de 17 de marzo («Boletín Oficial del Estado» número 70, 23 de marzo), conservando su misma delimitación y sustancias minerales a investigar.

Segundo.-Esta prórroga entrará en vigor a partir de la fecha de venimiento anteriormente dispuesta y se concede por un plazo de tres años.

Tercero.-Sigue encomendada la investigación de esta zona de reserva al Instituto Tecnológico Geomínero de España, el cual deberá dar cuenta anualmente de los trabajos realizados y resultados obtenidos a la Dirección General de Minas y de la Construcción.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 29 de mayo de 1992.-P. D. (Orden de 30 de mayo de 1991), el Secretario general de la Energía y Recursos Minerales, Ramón Pérez Sarmiento.

no. Sr. Director general de Minas y de la Construcción.

5613 RESOLUCION de 22 de junio de 1992, de la Secretaría de Estado de Industria, por la que se delegan atribuciones en distintas autoridades del departamento.

El Real Decreto 420/1991, de 5 de abril, por el que se establece la estructura orgánica básica del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, dispone en su artículo 8.º que, de acuerdo con lo señalado en la disposición final primera del Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, los Secretarios de Estado ejercerán, respecto de las unidades que se les atribuyen, las atribuciones previstas en los números 1, 4, 5, 6, 7 y 11 del artículo 14 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, sin perjuicio de la Superior Dirección del Ministro de Industria, Comercio y Turismo.

El artículo 17.1 de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1992, otorga a los Secretarios de Estado, respecto de las unidades que se les haya adscrito, las atribuciones que el artículo 81.3 de la Ley General Presupuestaria atribuye a los Jefes de los Departamentos Ministeriales, es decir, la competencia para otorgar subvenciones, previa consignación presupuestaria para este fin.

Con la finalidad de lograr una mayor eficacia, agilidad y coordinación en la gestión de los servicios a cargo de esta Secretaría de Estado, se estima conveniente llevar a cabo la presente delegación de atribuciones.

En su virtud, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 22, apartado 3 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado, previa aprobación del Ministro de Industria, Comercio y Turismo, he tenido a bien disponer:

Primero.-Quedan delegadas en el Subsecretario de Industria, Comercio y Turismo, las siguientes atribuciones:

- Las mencionadas en los apartados 5, 6 y 7 del artículo 14 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado.
- Las contenidas en el artículo 9.º del Real Decreto 2169/1984, de 28 de noviembre, de atribución de competencias en materia de material.

La autorización y disposición de los gastos, la liquidación de las obligaciones, e interés del Ministerio de Economía y Hacienda, la ordenación de los pagos correspondientes a los créditos consignados en los programas de gasto de la Secretaría de Estado para gastos de bienes corrientes y servicios.

Segundo.-Se delegan en el Secretario general de Promoción Industrial y Tecnología, las siguientes atribuciones:

- La autorización y disposición de los gastos, la liquidación de las obligaciones e interés del Ministerio de Economía y Hacienda, la ordenación de los pagos correspondientes a los créditos incluidos en los programas propios de la Secretaría General, o de las unidades que en ella se integran, salvo las correspondientes a bienes y servicios, y hasta el límite de 50 millones de pesetas.
- Las facultades de contratación referidas al titular del Departamento en la Legislación de Contratos del Estado y Patrimonio del Estado, atribuidos al Secretario de Estado en virtud de los Reales Decretos 1558/1977, de 4 de julio, y 420/1991, de 5 de abril, y hasta el límite de 50 millones de pesetas.
- La facultad para otorgar o denegar subvenciones, en el ámbito de los programas de gasto de la Secretaría General y Centros Directivos dependientes de ella, hasta el límite de 50 millones de pesetas.

Tercero.-Se delegan en los Directores generales de Industria, Electrónica y Nuevas Tecnologías y Política Tecnológica, en el marco de las competencias propias de los Centros directivos que, respectivamente, dependen de cada uno de ellos, las facultades a que se refieren los párrafos a), b) y c) del apartado segundo de la presente Resolución, correspondientes a los gastos incluidos en los programas propios de cada

uno de los Centros Directivos, y hasta el límite de 25 millones de pesetas.

Cuarto.-Se delegan en el Director general de Servicios, las siguientes atribuciones:

- Las facultades a que se refiere el párrafo c) del apartado primero de la presente Resolución, hasta el límite de 25 millones de pesetas y las facultades del apartado segundo a) y b) en cuanto no estén delegadas, expresamente, en los titulares de otros Centros Directivos de la Secretaría de Estado, con idéntico límite cuantitativo.
- La expedición y firma de documentos contables, relativos a gastos previamente acordados, con cargo a créditos de los programas de gastos de la Secretaría de Estado.
- Interés del Ministerio de Economía y Hacienda la ordenación de pagos, relativos a gastos previamente acordados, con cargo a créditos de los programas de gastos de la Secretaría de Estado.
- La tramitación y, cuando proceda, la aprobación de las cuentas justificativas de indemnizaciones por razón de servicio, nóminas, pago de facturas o certificaciones por obras, servicios o suministros, todo ello referido a gastos previamente acordados con cargo a créditos de los programas de gasto de la Secretaría de Estado.

Quinto.-En todo caso, el Subsecretario de Industria, Comercio y Turismo, el Secretario general de Promoción Industrial y Tecnología y los Directores generales podrán, en el ámbito de las competencias que, por esta Resolución se les delega, someter al Secretario de Estado los expedientes que, por su trascendencia, consideren convenientes. Asimismo, el Secretario de Estado podrá reclamar, para su conocimiento o resolución, en todo momento, cualquier expediente o asunto de los que son objeto de esta delegación.

Sexto.-Siempre que se haga uso de las delegaciones contenidas en la presente disposición, deberá hacerse constar así en la Resolución correspondiente.

Séptimo.-Queda derogada la Resolución de 16 de julio de 1991, de la Secretaría de Estado de Industria por la que se delegan atribuciones en distintas autoridades del Departamento.

Octavo.-La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Lo que comunico a VV.II. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 22 de junio de 1992.-El Secretario de Estado de Industria, Alvaro Espina Montero.

Ilmos. Sres. Subsecretario, Secretarios generales y Directores generales de este Departamento.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

15614 RESOLUCION de 10 de junio de 1992, de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud, por la que se ordena la publicación del acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración y las Organizaciones Sindicales más representativas sobre aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.

El Consejo de Ministros, en la reunión celebrada en el día que se indica, aprobó el siguiente acuerdo:

Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración y las Organizaciones Sindicales más representativas sobre aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud, aprobado en la reunión del día 14 de mayo de 1992.

El mencionado acuerdo se publica como anexo a esta Resolución.

Madrid, 10 de junio de 1992.-El Secretario general, Rodrigo Molina Fernández.

ANEXO DE LA RESOLUCION

El acuerdo celebrado en el marco de la Mesa General de Negociación por la Administración y las Organizaciones Sindicales más representativas, con fecha 16 de noviembre de 1991, asignó un fondo adicional de 7.667 millones de pesetas para el personal estatutario de la Seguridad Social, destinado a la financiación de programas de mejora y modernización de los servicios públicos. Además, se atribuyó a los diferentes ámbitos de negociación la competencia y capacidad para abordar la

ordenación y modificación de las condiciones de trabajo que permitan instrumentar los programas de modernización.

En este sentido, en el ámbito de la Mesa Sectorial de Negociación de la Administración Sanitaria del Estado se ha llevado a cabo la adaptación y firma de un acuerdo que, con fecha 22 de febrero de 1992, incluye, junto a las materias relativas a selección, formación, acción social, etc., diversas cuestiones de contenido retributivo ya que se modifican complementos salariales existentes y se crean otros nuevos.

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del INSALUD, así como en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órgano de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas, se somete a la consideración del Consejo de Ministros la adopción del presente acuerdo:

Primero.-Examinado el acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y los Sindicatos Unión General de Trabajadores, Comisiones Obreras y Sindicato de Enfermería (SATSE) sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias del Instituto Nacional de la Salud, el Consejo de Ministros acuerda prestar su aprobación expresa y formal a dicho acuerdo que se adjunta como anexo.

Segundo.-A los efectos de que el coste neto, en cómputo anual, que genere la aplicación de las medidas contenidas en dicho acuerdo, no supere la cantidad de 7.667 millones de pesetas que para el personal de instituciones sanitarias Públicas establece la disposición adicional vigésimocuarta de la Ley 31/1991, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1992, el Instituto Nacional de la Salud practicará las correspondientes retenciones de crédito en aquellos conceptos que hayan de financiar la diferencia entre el coste total del acuerdo y la cantidad antes citada.

Las minoraciones que sea necesario efectuar en los conceptos correspondientes del Presupuesto del Instituto Nacional de la Salud, para financiar parcialmente el coste total del acuerdo, se consolidarán para ejercicios futuros, de tal forma que cualquier incremento en los citados conceptos deberá financiarse mediante minoraciones en otras partidas del citado Presupuesto.

Tercero.-El contenido retributivo de dicho acuerdo se ajustará en todo a las condiciones que para los distintos colectivos profesionales se transcriben a continuación:

Uno.-A partir de 1 de enero de 1992, a las categorías y puestos de trabajo del personal estatutario de asistencia especializada que seguidamente se relacionan, quedará asignado el complemento de destino que en cada caso se indica en la tabla I del presente acuerdo.

Dos.-Con efectos de 1 de marzo de 1992, se asigna el complemento específico que se indica en la tabla II a las categorías y puestos de trabajo incluidos en los distintos grupos de titulación por la prestación de servicios en régimen de turnos. Se acreditará la percepción de este complemento cuando se trabaje en turno rotatorio o se modifique el turno de trabajo asignado a cada profesional.

Tres.-Con efectos de 1 de enero de 1992, se asigna el complemento específico que se indica a las categorías y puestos de trabajo que se relacionan en la tabla III.

La percepción del complemento específico que se asigna para los distintos puestos y categorías será incompatible con el complemento específico correspondiente a la prestación de servicios de régimen de turnos establecida en el apartado segundo del presente acuerdo.

Cuatro.-Las cuantías correspondientes al complemento de atención continuada, con efectos de 1 de enero de 1992, son las que figuran en la tabla IV para el personal que se indica y respecto a la modalidad B del citado complemento. Las cuantías que se indican se percibirán incrementadas en el 100 por 100 de dicha retribución por la prestación de servicios los días 25 de diciembre y 1 de enero de cada año.

Cinco.-La categoría profesional de Profesor de Logofonía y Logopedia queda clasificada en el grupo B de los establecidos en el artículo 3.º del Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del INSALUD.

Seis.-El personal facultativo de asistencia especializada de las instituciones sanitarias dependientes del INSALUD podrá solicitar, en la forma en que se determine por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la modificación de sus condiciones de trabajo de manera que, al menos, tres horas de su jornada laboral diaria, se realice entre las quince y las veinte horas. La modificación de la distribución de la jornada laboral, junto con la reducción de, al menos, una guardia al mes por cada facultativo, implicará la percepción de un complemento específico de 600.000 pesetas/año.

En el marco de estas reformas organizativas y para los servicios que ajusten su actividad a un periodo de oferta ordinaria de servicios entre las ocho y las veinte horas de cada día, con una mayor concentración de recursos entre las nueve y las dieciocho horas, las retribuciones que percibirán los facultativos por la prestación de servicios de atención continuada a los usuarios serán las siguientes:

Guardia de diecisiete horas: 23.747 pesetas.

Guardia de veinticuatro horas: 47.494 pesetas.

Guardia localizada de diecisiete horas: 11.873 pesetas.

Siete.-Por el Ministerio de Economía y Hacienda se llevarán a cabo las modificaciones presupuestarias necesarias para la instrumentación del presente acuerdo.

Ocho.-Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente acuerdo se entienden siempre hechas a retribuciones íntegras.

TABLA I

Categoría o puesto	Nivel de complemento de destino
Grupo técnico función administrativa	23
Ingeniero superior	23
Bibliotecario	23
Técnico titulado superior	23
Enfermera hospital consulta externa	21
Enfermera de consulta de II.AA.	21
Ingeniero técnico Jefe de grupo	21
Grupo de gestión función administrativa	21
Maestro industrial	21
Profesor de Educación General Básica	21
Profesor de Educación Física	21
Asistente social	21
Personal técnico de grado medio	21
Profesor de Logofonía y Logopedia	21
Celador con atención directa	14
Celador sin atención directa	13
Fogonero	13
Lavandera	13
Planchadora	13
Pinche	13
Peón	13
Limpiadora	13

TABLA II

Grupo de titulación	Complemento específico mensual Pesetas
B	9.300
C	7.050
D y E	5.500

TABLA III

Categoría/puesto de trabajo	Complemento específico anual Pesetas
Fisioterapeuta	22.020
Terapeuta ocupacional	22.020
ATS/DUE en Unidades de hospitalización y servicios centrales	22.020
Técnicos especialistas	22.020
Administrativos	22.020
Delineante	22.020
Jefe de Taller	22.020
Controlador de suministros	22.020
Cocinero	22.020
Técnico ortopédico	22.020
Auxiliar enfermería	22.020
Azafata/Relaciones públicas	22.020
Locutor	22.020
Monitor	22.020
Gobernante	22.020
Auxiliar ortopédico	22.020
Telefonista	22.020
Auxiliar administrativo	22.020
Personal de oficinas	22.020
Jefe personal subalterno	22.020
Celador sin atención directa	22.020
Fogonero	22.020
Lavandera	22.020
Planchadora	22.020
Pinche	22.020
Peón	22.020
Limpiadora	22.020

TABLA IV

Modalidad	Grupo	Cuanta por cada domingo y festivo Pesetas
B	B	6.300
B	C	4.950
B	D y E	4.500

ANEXO DEL ACUERDO

Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las instituciones sanitarias dependientes del INSALUD

En Madrid a 22 de febrero de 1992, en el ámbito de la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado y como desarrollo de las negociaciones celebradas en el ámbito general de negociación de la Administración del Estado, los representantes de la Administración y de las Organizaciones Sindicales CC.OO. y UGT convienen en celebrar el presente acuerdo, en los términos establecidos por las Leyes 9/1987 y 7/1990, de órganos de representación del personal al servicio de la Administración Pública y participación en las condiciones de trabajo, sobre las materias de orden profesional, económico y organizativo que a continuación se indican. El presente acuerdo tendrá vigencia durante el tiempo que en lo relativo a los aspectos salariales y prolongará su duración e inspirará las futuras negociaciones en el resto de las materias relativas a la organización del trabajo, jornada laboral, formación, acción social, selección, movilidad, régimen jurídico y atención primaria.

Con el objetivo común de obtener la adecuación de los servicios sanitarios públicos a las demandas de los usuarios, tanto en términos de calidad como de eficacia, la Administración y los Sindicatos consideran necesario avanzar en un proceso de modernización de los mencionados servicios y para ello constituye un elemento sustancial la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales. En esta doble dirección, se orienta el presente acuerdo que, en lo que se refiere a los aspectos salariales, lleva a cabo la aplicación del fondo adicional asignado por el acuerdo celebrado con fecha 16 de noviembre de 1991, a la vez que reasigna determinadas cuantías respetando en todo caso los límites establecidos por la masa salarial aprobada en los Presupuestos Generales del Estado, de conformidad con el principio de suficiencia presupuestaria establecido en el mencionado acuerdo.

Aspectos retributivos y de jornada laboral.—Para obtener la mejora y modernización del servicio sanitario público, la Administración y los Sindicatos convienen la necesidad de proceder a una modificación de la organización actual del trabajo de manera que la oferta de servicios a los usuarios se prolongue, de manera habitual y ordinaria, hasta las veinte horas cada día, con una mayor concentración de recursos entre las nueve y las dieciocho horas. Este periodo de oferta de servicios se implantará de manera progresiva y por servicios en la medida en que la demanda así lo requiera y la capacidad de oferta de las instituciones se adecue a la nueva organización de la actividad.

1. Respecto del personal facultativo de asistencia especializada, se realizará en cada Centro de gestión el análisis de las cargas de trabajo y la negociación con las Organizaciones Sindicales en ese ámbito descentralizado de manera que pueda ir articulándose progresivamente la oferta de servicios con carácter ordinario desde las ocho hasta las veinte horas, en especial en las áreas quirúrgicas, de consultas externas, servicios centrales, etc.

En virtud de esta organización del trabajo, la cobertura de la asistencia urgente se podría realizar en horario de veinte horas hasta las ocho horas de la mañana siguiente. Esta minoración del número de horas de guardia irá acompañada de una reordenación de las guardias que actualmente se realizan en cada Centro de manera que, previa negociación con las Organizaciones Sindicales y consulta con la Junta Técnica Facultativa, la Dirección de cada Centro determinará los puestos de guardia de presencia física que existirán diariamente en el Centro. Esta determinación se efectuará con criterios asistenciales basados en la garantía de la asistencia a los usuarios y la calidad en las condiciones de trabajo de los facultativos, manteniendo criterios de troncalidad entre los distintos servicios, de coordinación con otros Centros sanitarios de la localidad y con un óptimo aprovechamiento de las funciones del personal residente en formación.

Las retribuciones que, en el marco de estas reformas organizativas y para los servicios que ajusten su actividad al periodo de oferta ordinaria de servicios indicado, percibirán los facultativos serán las siguientes:

Guardia de diecisiete horas: 23.747 pesetas.
Guardia de veinticuatro horas: 47.494 pesetas.
Guardia localizada de diecisiete horas: 11.873 pesetas.

Se acuerda la dotación de un fondo económico de 3.000 millones de pesetas para la realización de programas de actividad singularizada y dimensionados en el tiempo para la consecución de los objetivos asistenciales que se establezcan. Los criterios de determinación de programas de actividad se negociarán en el ámbito de la Comisión de seguimiento del presente acuerdo.

Complemento de modificación de condiciones de trabajo: 50.000 pesetas/mes (doce meses).

Toda reducción del número de horas por cada guardia (desde diecisiete horas hasta doce horas) no tendrá merma económica alguna.

La percepción del complemento de modificación de condiciones de trabajo conllevará, junto a la adecuación de la actividad del servicio hasta las veinte horas, la minoración del número actual de guardias de presencia física en, al menos, una guardia al mes por facultativo y cambios relevantes en la distribución de la jornada habitual de trabajo (al menos tres horas de trabajo efectivo entre las quince y las veinte horas).

En la medida en que la modificación de la organización del trabajo y la oferta de servicios con carácter ordinario hasta las veinte horas pueda implicar en el futuro la modificación de las condiciones de trabajo de otro personal, se negociará la aplicación y retribución de la citada modificación.

La modificación de las condiciones de trabajo del personal facultativo y su correlativa retribución, en el sentido indicado, se llevará a cabo en la medida en que así se acuerde y establezca en los respectivos Centros y servicios para la oportuna organización de la oferta de servicios a los usuarios. Esta propuesta, por tanto, tiene carácter universal, personal y voluntario.

II. En lo relativo a las condiciones de trabajo y retribuciones del personal de enfermería y personal no sanitario de asistencia especializada, la Administración y los Sindicatos consideran necesario avanzar en la mejora del análisis de determinadas circunstancias que caracterizan y especifican la prestación de servicios en las instituciones sanitarias, para ello, se acuerda mejorar las condiciones retributivas de la prestación de servicios en días festivos y domingos de manera que, con efectos de 1 de enero de 1993, las retribuciones que se perciban en concepto de atención continuada serán:

Modalidad: B. Grupo: B. Por cada domingo o festivo: 6.300 pesetas.
Modalidad: B. Grupo: C. Por cada domingo o festivo: 4.950 pesetas.
Modalidad: B. Grupo: D y E. Por cada domingo o festivo: 4.500 pesetas.

Los días 25 de diciembre y 1 de enero serán retribuidos al doble de las cantidades que correspondan según el grupo y la categoría de pertenencia, así como las noches del 24 y 31 de diciembre.

La Administración y los Sindicatos convienen en la necesidad de establecer una cierta estabilidad en la programación de la actividad de los profesionales, y para ello, en cada Centro de gestión se negociará el establecimiento de turnos de trabajo que permitan una adecuada cobertura de los servicios, en función de las cargas asistenciales, mejorando el sistema actual de rotación y con una planificación a medio plazo (seis meses) conocida por los trabajadores. Los sistemas de rotación de turnos vigentes en la actualidad en las instituciones sanitarias del INSALUD solo podrán ser modificados, en función de las necesidades del servicio y una más adecuada organización de los recursos, tras la negociación con las Organizaciones Sindicales en cada uno de los Centros.

En atención a las especiales circunstancias y riesgos que concurren en todo tipo de personal, la mujer embarazada podrá solicitar la exención de participación en turnos de atención continuada; también podrá ser solicitada la exención por el padre o la madre que, según la Ley 3/1989, obtenga la correspondiente reducción de jornada. Igualmente podrá ser solicitada la exención de atención continuada por las personas mayores de cincuenta y cinco años. Las exenciones se concederán cuando así lo permitan las necesidades del servicio.

En este sentido de adecuar el régimen retributivo y la organización del trabajo a las peculiaridades del sistema sanitario y las demandas de los usuarios, la Administración y los Sindicatos acuerdan la asignación, en concepto de complemento específico con efectos de 1 de marzo de 1992, de las cantidades que para cada grupo se indican en función de la realización de distintos turnos de trabajo por el personal. Para la acreditación de este complemento será necesario que el trabajador tenga asignado un turno rotatorio o que, con un cómputo bimestral, se modifique el turno de trabajo asignado a cada trabajador, por lo que la rotación en la turnicidad será retribuida en las siguientes cantidades:

Grupo: B. Cantidades: 9.300 pesetas/mes.
Grupo: C. Cantidades: 7.050 pesetas/mes.
Grupo: D y E. Cantidades: 5.500 pesetas/mes.

La Administración y las Organizaciones Sindicales acuerda que, ante la existencia de puestos de trabajo que presentan especial dificultad o penosidad, antes de 1 de julio de 1992 se formularán las propuestas que permitan la consideración económica o de jornada de estas peculiaridades de manera que con efectos de 1 de enero de 1993 se asignen los

complementos específicos que correspondan a los distintos puestos de trabajo. En particular, y respecto de aquellos puestos que se consideren especiales y no perciban otros elementos retributivos contemplados en el presente acuerdo, se dotará de efectos retroactivos desde 1 de marzo de 1992 en la medida en que la ejecución del presupuesto, en su artículo 13, así lo permita.

En la consideración de los puestos especiales del personal de enfermería en particular, se tomará en consideración la especial prestación de servicios en los puestos de supervisión de manera que se asignen los complementos salariales adecuados por la responsabilidad y dedicación que conllevan.

En lo relativo a la asignación de complementos de destino a las diferentes categorías, con efectos de 1 de enero de 1992, se acuerda adoptar las siguientes modificaciones, con la reasignación, en su caso de cuantías en concepto de productividad fija:

	Nivel
Grupo técnico función administrativa	23
Ingeniero superior	23
Bibliotecario	23
Técnico titulado superior	23
Enfermera hospital consulta externa	21
Enfermera de consulta de H.A.A.	21
Ingeniero técnico Jefe de grupo	21
Grupo de gestión función administrativa	21
Maestro industrial	21
Profesor de Educación General Básica	21
Profesor de Educación Física	21
Asistente social	21
Personal técnico de grado medio	21
Profesor de Logofonía y Logopedia	21
Celador con atención directa	14
Celador sin atención directa	13
Fogonero	13
Lavandera	13
Planchadora	13
Pinche	13
Peon	13
Limpiadora	13

A fin de impulsar el proceso de modernización de la Administración Sanitaria, y con el objetivo fijado en el acuerdo de la Mesa General de establecer un incremento salarial mínimo y general, se asigna un complemento específico de 22.020 pesetas anuales para todos aquellos puestos y categorías que no realicen las actividades retribuidas en concepto de turnicidad o no hayan visto incrementado su complemento de destino al menos hasta el nivel 14.

En función de la nueva ordenación académica aprobada por el Ministerio de Educación y Ciencia, los Profesores de Logofonía y Logopedia quedarán integrados en el grupo B.

III. Dado que los niveles de absentismo laboral existentes en las instituciones sanitarias se encuentran por encima de los estándares habituales en otras organizaciones de servicios, se acuerda la creación de un grupo de trabajo que, antes de 1 de julio de 1992, efectúe a la Mesa Sectorial las propuestas en las que, en coordinación con la Comisión Central de Salud Laboral, se pongan en marcha programas específicos de análisis de las causas del absentismo y de actuación sobre las mismas.

Este grupo se aportará información sobre los presupuestos de los Centros en el artículo 13. Las dotaciones económicas que actualmente se destinan por los Centros de gestión para la formalización de sustituciones y contrataciones de personal eventual suponen unas cantidades cifradas en 13.072 y 9.844 millones de pesetas para asistencia especializada y atención primaria respectivamente. Las mejoras que se generen respecto de la disminución del absentismo laboral y, por lo tanto, de la ejecución económica de estas partidas, revertirán en medidas de mejora de las condiciones salariales y de trabajo del personal del INSALUD que serán negociadas con las Organizaciones Sindicales. Los criterios de reversión tomarán en consideración los niveles de absentismo relativos referentes tanto al individuo concreto como a su colectivo profesional y a la totalidad del Centro en el que preste servicios.

IV. En el contexto de la mejora de la prestación de servicios a los usuarios y la adecuación de las condiciones de trabajo de los profesionales a este proceso de modernización, se considera necesario determinar, en cómputo anual, la jornada laboral de los profesionales de manera que pueda establecerse un referente común entre todos los Centros sanitarios la vez que se permita la adecuada programación de la actividad. En este sentido, la jornada anual se fija de la siguiente manera:

- Turno fijo diurno: 1.645 horas.
- Turno fijo nocturno: 1.470 horas.
- Turno rotatorio: 1.530 horas.

En función de la organización de los turnos rotatorios y la inclusión de turno nocturnos en los mismos, se ponderará la jornada establecida para dicho turno rotatorio.

Las horas que superen, en cómputo anual, la jornada establecida, con exclusión de las correspondientes a la atención continuada, tendrán la consideración de extraordinarias con la consiguiente asignación económica.

Los trabajadores tendrán derecho a un descanso mínimo semanal ininterrumpido de 36 horas en atención tanto a la salud de los profesionales como para evitar riesgos innecesarios.

En relación directa con la determinación de la jornada en cómputo anual y su distribución en el calendario laboral, se acuerda la creación de un grupo de trabajo que, antes de 1 de junio de 1992, elabore propuestas que permitan abordar la situación actual de las materias relativas a permisos, licencias y libranzas del personal de las instituciones sanitarias ya que la extrema obsolescencia de las normas reguladoras de esta cuestión ha generado que las situaciones reales en los Centros de trabajo sean, en ocasiones, diferentes según los ámbitos geográficos; además de haber quedado desfasadas respecto de la actual organización del trabajo. Igualmente, se negociará el establecimiento de un período de disfrute de las vacaciones anuales más flexible que el actual, atendiendo a las necesidades de la organización de los servicios y la demanda de los usuarios y, en contraprestación, se establecerán las compensaciones que correspondan.

Formación y acción social

Considerando la formación como un elemento estratégico para la mejora y adecuación de los servicios a las demandas de los usuarios por la vía de la capacitación de los profesionales, se pretende abordar las materias relativas a la formación desde un doble enfoque: Por una parte, como formación profesional para la mejora en el desempeño del puesto de trabajo actual; por el otro, como formación académica que permita el desarrollo y promoción del trabajador.

En el primer sentido, se crea el Consejo Superior de Formación, compuesto paritariamente por la Administración y los Sindicatos, como órgano de participación adecuado para determinar las líneas de formación para el personal estatutario de las instituciones sanitarias. Una vez establecidas estas líneas por el órgano consultivo y definidas por la Administración las acciones formativas a desarrollar, antes del 31 de marzo de 1992, las Organizaciones Sindicales podrán presentar propuestas de colaboración para la ejecución y desarrollo de los cursos de formación en el marco de las dotaciones presupuestarias aprobadas para el presente ejercicio. Igualmente, se desarrollarán los mecanismos de colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad.

En el segundo sentido, por el Ministerio de Sanidad y Consumo se establecerán las líneas de colaboración en relación con el Ministerio de Educación y Ciencia orientadas a conseguir la acreditación académica oficial en la formación de los profesionales de aquellos segmentos en los que las demandas del sistema sanitario exijan una mayor cualificación académica para el desarrollo de sus funciones actuales. En esta línea se creará un grupo de trabajo que, antes del 1 de julio de 1992, avance en la definición funcional y la realidad actual de las cargas de trabajo y funciones de determinadas profesiones tales como la de Auxiliar de enfermería, Auxiliar administrativo, Personal de oficina o Celadores para determinar su adecuado encuadramiento en el actual sistema de la Formación Profesional articulada en torno a los distintos niveles formativos.

En lo relativo a las especialidades de enfermería, se acuerda la negociación, en el grupo de trabajo referenciado y antes de 1 de abril de 1992, de las medidas necesarias para su desarrollo y aplicación, de manera que la formación pueda realizarse en los propios Centros de trabajo y manteniendo, en todo caso, la pluralidad funcional de los profesionales. El desarrollo legislativo de las mencionadas medidas se producirá antes del 1 de junio de 1992.

De la misma forma, dada la existencia de distintas categorías de personal estatutario que en la actualidad presentan inadecuación con el sistema de organización de las instituciones sanitarias, se procederá a la negociación sobre creación, supresión, unificación o modificación de categorías.

El personal comprendido en el ámbito del acuerdo realizará los cursos de capacitación profesional o de reciclaje para adaptación, en su caso, a un nuevo puesto de trabajo. El tiempo de asistencia a estos cursos se considerará tiempo de trabajo a todos los efectos.

De cara a la integración profesional efectiva del personal de las instituciones sanitarias en el marco de la Comunidad Económica Europea, se analizarán, en el Consejo Superior de Formación, los sistemas de homologación de titulaciones y las líneas de actuación necesarias para obtener dicha integración.

En materia de acción social, y dada la estructura obsoleta de los conceptos y criterios con los que se encuentra legislada y se viene gestionando esta materia, se acuerda la creación de una Comisión paritaria entre la Administración y los Sindicatos en la que se lleve a cabo la elaboración de un Plan de Acción Social que, con respeto a la legislación vigente, proponga líneas de actuación, criterios de reparto y prioridades en acción social para que, posteriormente, se lleve a cabo la gestión descentralizada de esta materia y con participación directa en la misma de las Organizaciones Sindicales. En los términos establecidos por el acuerdo celebrado con fecha 16 de noviembre de 1991, el

Ministerio de Sanidad y Consumo destinará progresivamente a financiar acciones y programas de carácter social un porcentaje de la masa salarial del personal de manera que al final de 1994 se alcance un ratio del 0,8 por 100 de la misma, partiendo del presupuesto actualmente aprobado de 1.194 y 1.044 millones de pesetas para los gastos sociales en atención primaria y asistencia especializada, respectivamente.

Selección, movilidad y régimen jurídico

La selección de personal en el ámbito de las instituciones sanitarias dependientes del INSALUD se llevará a cabo, una vez evaluadas las necesidades y establecidos los mecanismos que, en su caso, permitan la redistribución de recursos, de conformidad con los procedimientos previstos en el Real Decreto 118/1991. En este sentido, se desarrollarán los temas de concurso-oposición en los que, junto a una adecuada valoración de los servicios prestados con carácter temporal en las instituciones sanitarias, se garanticen los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público. En el plazo previsto, y regulando la posibilidad de la renuncia en los términos legalmente previstos, se resolverá el concurso de traslados correspondiente a la atención primaria.

La Administración y los Sindicatos acuerdan en este contexto la puesta en marcha de los procesos de selección que permitan disminuir los niveles de empleo temporal en el sector y, en consecuencia, la convocatoria antes del 1 de julio de 1992 de, al menos, el 50 por 100 de las plazas vacantes en la actualidad. Para ello, antes del 1 de mayo de 1992, se negociarán las bases generales de convocatoria y los tipos de méritos de manera que se adecue el proceso de selección a las características de los distintos puestos de trabajo. Igualmente, se terminarán los requisitos generales para la convocatoria de los puestos de mandos intermedios por libre designación. En el grupo de trabajo que analice estas cuestiones se negociará la articulación efectiva de la participación sindical en los órganos de selección, los procedimientos de promoción interna y la convocatoria inmediata de plazas de Psicólogos y Trabajadores sociales en los términos establecidos por el Real Decreto 118/1991 y los acuerdos sindicales precedentes.

En los términos establecidos por la Mesa General de Negociación, la Administración Sanitaria continuará en la aplicación de la Ley 2/1991, sobre derechos de información de los representantes de los trabajadores en materia de contratación, extendiéndola al personal interino y se elaborará anualmente una estadística de empleo temporal que se facilitará a las Organizaciones Sindicales. Igualmente, se establecerán las directrices para la constitución de Comisiones de contratación temporal en el ámbito de cada área de salud.

Con el propósito de obtener la más adecuada adaptación de los recursos disponibles a las necesidades del sistema sanitario y sus usuarios, resulta necesario establecer mecanismos para que los trabajadores puedan obtener una suficiente movilidad interna en el sistema de acuerdo con sus intenciones a la vez que se satisfagan y cubran las demandas de personal de los Centros de trabajo. En este sentido, se negociará, en el plazo antes indicado, con los representantes sindicales el mecanismo que permita realizar con agilidad los concursos de traslados del personal para la cobertura de aquellas plazas vacantes que es necesario dotar, tomando como referentes del proceso, en primer lugar, la necesidad funcional del Centro y, en segundo lugar, las necesidades de los profesionales. Este mecanismo de traslado se establecerá con carácter semiautomático y permanente en cuanto se defina la necesidad de cobertura de la plaza y sus características específicas, en su caso. Igualmente, se establecerán los mecanismos de movilidad voluntaria, dentro de cada área de salud y en los mismos niveles de asistencia sanitaria.

Respecto del personal funcionario destinado en instituciones sanitarias, se promoverá, ante los órganos competentes, los mecanismos que permitan la movilidad voluntaria de estos profesionales.

Por otra parte, y en el marco del régimen jurídico actual del personal estatutario, resulta necesario mejorar los procedimientos de carácter disciplinario de manera que, con absoluto respeto a los derechos de los trabajadores y a las garantías necesarias en esta materia, se lleve a cabo un análisis negociado de los procesos y competencias disciplinarias que permita el diseño de mecanismos que avalen la agilidad y la eficacia tanto en el estudio de las faltas como en la imposición de sanciones. Para ello, la Administración, en el correspondiente grupo de trabajo y antes del 1 de julio de 1992, propondrá un diseño de circuitos administrativos en materia de régimen disciplinario que, con el objetivo de aumentar la eficacia y agilidad mediante la descentralización, acerque la toma de decisiones a la Comisión de infracciones.

En lo relativo a las materias de salud laboral y en el ámbito de negociación desarrollada en el año 1990, se acuerda la aprobación inmediata del Reglamento de funcionamiento de la Comisión Central de Salud Laboral y, en el ámbito de la misma, el inicio de la elaboración de los mapas de riesgo de los respectivos centros.

En cualquier caso, la Administración y las Organizaciones Sindicales, en el contexto establecido por el acuerdo celebrado con fecha 16 de noviembre de 1991, coinciden en que el proceso de reforma de la Administración exige introducir nuevas fórmulas organizativas y de gestión que pueden afectar parcialmente a las condiciones de empleo del

personal. Por ello, la Administración se compromete a informar y consultar a los Sindicatos cualquier proyecto que en esta línea pudiera establecerse de manera que se negocien todos los aspectos que afecten a las condiciones de trabajo del personal del INSALUD. En este mismo sentido y con carácter inmediato, la Administración y los Sindicatos acuerdan la necesidad de abordar, antes del 1 de julio de 1992, el establecimiento del derecho a la jubilación para el personal estatutario a los sesenta y cinco años, así como los mecanismos transitorios que correspondan.

Atención primaria

En el contexto de continuar la reforma de la atención primaria y marcando como objetivos la consolidación de las actividades de los EAP y potenciación de aquellas dirigidas a la comunidad, adecuación de los recursos a las demandas de la población, mejora de la accesibilidad, homogeneizar niveles de prestación de servicios en todas las áreas de salud y la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales, la Administración y las Organizaciones Sindicales acuerdan:

Negociar la modificación del sistema retributivo del personal de los EAP, de forma que la utilización de la tarjeta sanitaria individual permita la consideración del número de usuarios por profesional y su repercusión en alguno de los conceptos salariales vigentes, valorando, asimismo, criterios como la edad y dispersión de la población, las cargas de trabajo que generan sobre el profesional y el EAP, así como la evaluación de los servicios prestados a los usuarios.

Partiendo de la necesidad del seguimiento y ejecución de los acuerdos en esta materia celebrados en 1990, se propone avanzar en el estudio de la cobertura por refuerzos asistenciales de fines de semana y festivos, en el ámbito rural, negociando la modalidad de contrataciones y sus retribuciones correspondientes, así como avanzar en el proceso de integración del personal en los EAP y, en especial, en lo relativo a los funcionarios de APD durante 1993.

Se constituirá un grupo de trabajo al efecto de analizar la situación de los EAP que realizan atención continuada para arbitrar las soluciones pertinentes destinadas a minorar el número de horas que se realizan.

Se negociarán los mecanismos que permitan el adecuado tratamiento del transporte e indemnización de los profesionales de los EAP.

Se fijarán los criterios de implantación de puntos de atención continuada, adecuando su infraestructura, recursos humanos y materiales para posibilitar la adecuada asunción de la asistencia por el EAP sin merma de la calidad del servicio que se preste. En este sentido, se negociarán los criterios de reestructuración de los servicios de urgencia, concretando el modelo de la atención urgente en el ámbito urbano. Igualmente, se analizarán las condiciones laborales y retributivas del personal de cupo y zona, en especial las derivadas de la implantación de la tarjeta sanitaria individual así como las asignaciones por desplazamientos en atención a las características de estos puestos.

Los trabajos sobre las materias relativas a la implantación de puntos de atención continuada y reestructuración de servicios de urgencia deberán finalizar antes del 30 de junio de 1992. Las conclusiones sobre el resto de las materias se elaborarán antes del 31 de marzo de 1992.

Para abordar la dotación económica de los distintos aspectos planteados, se acuerda disponer de los fondos que, en la actualidad, se encuentran asignados en el presupuesto de atención primaria por una cuantía total de 20.618 millones de pesetas, en los subconceptos de atención continuada, productividad, tanto en su factor fijo como en el variable, y artículo 13.

Articulación de la negociación colectiva

Para conseguir la ordenación y racionalización de los procesos de relaciones laborales, se propone el establecimiento de ámbitos de negociación diferenciados en función de la materia objeto de la misma. Las materias relativas a la aplicación de la jornada laboral, ordenación de la asistencia urgente, gestión de la acción social, ejecución del régimen disciplinario, etcétera, deben ser objeto de negociación descentralizada para su mejor adecuación a las peculiaridades existentes en cada Centro de trabajo o ámbito geográfico superior (área de salud) si se considera más adecuado; en todo caso, en el marco establecido por la Mesa Sectorial.

La Administración y las Organizaciones Sindicales convienen en la necesidad de obtener la potenciación de la negociación colectiva como cauce de participación en la determinación de las condiciones de trabajo, la articulación del proceso de negociación y el establecimiento de mecanismos de solución de conflictos.

Los conflictos en materia de interpretación y aplicación de los acuerdos o pactos se dilucidarán a través de una Comisión paritaria de seguimiento que se constituirá por las Organizaciones Sindicales firmantes y la Administración sanitaria.

Las partes someterán sus discrepancias a la citada Comisión, con carácter previo a cualquier otra instancia, incluso administrativa o judicial. La citada Comisión deberá pronunciarse sobre los asuntos que se sometan de forma que, en su caso, puedan ejercitarse en plazo los recursos legales correspondientes.

La Comisión se reunirá con carácter ordinario cada dos meses y con carácter extraordinario cuando las circunstancias así lo hagan preciso y sea solicitado por el 50 por 100 de sus componentes.

Esta Comisión se constituirá en el plazo máximo de diez días, a contar desde el día de la firma del acuerdo.

La Comisión de seguimiento podrá recabar toda clase de información relacionada con las cuestiones de su competencia por conducto de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Comisión de seguimiento podrá hacer públicos sus acuerdos y propuestas de interés general o cuando afecten a un número significativo de trabajadores.

Los representantes de los trabajadores en la Comisión de seguimiento podrán ser asistidos en las reuniones por Asesores técnicos.

Las partes, de común acuerdo, podrán nombrar un mediador para resolver las controversias surgidas en el desarrollo de un proceso negociador o en el cumplimiento de los acuerdos o pactos. El nombramiento del mediador y el sometimiento al mismo de una determinada controversia requerirá la unanimidad de las partes.

Los Sindicatos firmantes se comprometen a no plantear ni secundar, durante la vigencia del presente acuerdo, reivindicaciones sobre materias acordadas en el mismo y cumplidas por la Administración.

El presente acuerdo deroga a cualquier otro anterior en todo aquello que se oponga a lo acordado en el mismo.

BANCO DE ESPAÑA

15615 RESOLUCION de 2 de julio de 1992, del Banco de España, por la que se hacen públicos los cambios oficiales del Mercado de Divisas del día 2 de julio de 1992.

Divisas convertibles	Cambios	
	Comprador	Vendedor
1 dólar USA	95,922	96,210
1 ECU	129,322	129,710
1 marco alemán	63,127	63,317
1 franco francés	18,762	18,818
1 libra esterlina	183,096	183,646
100 liras italianas	8,328	8,354
100 francos belgas y luxemburgueses	306,754	307,676
1 florin holandés	56,010	56,178
1 corona danesa	16,406	16,456
1 libra irlandesa	168,420	168,926
100 escudos portugueses	75,660	75,888
100 dracmas griegas	51,830	51,986
1 dólar canadiense	79,835	80,075
1 franco suizo	70,196	70,406
100 yenes japoneses	76,984	77,216
1 corona sueca	17,472	17,524
1 corona noruega	16,116	16,164
1 marco finlandés	23,172	23,242
100 chelines austríacos	896,634	899,328
1 dólar australiano	71,289	71,503

Madrid, 2 de julio de 1992.-El Director general, Luis María Linde de Castro.

CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR

15616 RESOLUCION de 25 de junio de 1992, del Consejo de Seguridad Nuclear, por la que se convocan siete becas en determinadas áreas de especialización en materia de seguridad nuclear y protección radiológica.

El Consejo de Seguridad Nuclear, Ente de derecho público, para el mejor cumplimiento de sus competencias, y dentro de sus actividades de formación, ha considerado la conveniencia de convocar siete becas en determinadas áreas de especialización en materia de seguridad nuclear y protección radiológica, de acuerdo con las siguientes bases:

I. Áreas de formación

La formación de los candidatos seleccionados se desarrollará en las siguientes áreas:

1. Neotecónica en el macizo hispánico: Una beca.
2. Hidrogeología en medios de baja permeabilidad: Una beca.
3. Aplicaciones de simulación dinámica a procedimientos de emergencia: Una beca.
4. Evaluación del impacto radiológico ambiental a largo plazo de la gestión de residuos radiactivos: Una beca.
5. Aplicaciones de las técnicas de dosimetría biológica según las radiaciones incidentes: Una beca.
6. Preparación de niveles radiológicos de referencia para utilización en caso de emergencia, a partir de las medidas realizadas por REVIRA: Una beca.
7. Análisis de los factores humanos en la seguridad de las centrales nucleares: Una beca.

II. Número y destinatarios de las becas

Se convocan siete becas destinadas a Doctores, Ingenieros, Licenciados e Ingenieros técnicos, que tengan competencia en las áreas indicadas en la base I.

III. Dotaciones

Siete becas para Titulados Universitarios, dotadas con 1.786.080 pesetas cada una, pagaderas a razón de 148.840 pesetas mensuales.

A los becarios que deban cumplir su periodo de formación en lugar distinto a su localidad de residencia se les abonará los gastos de transporte, tanto al comienzo como a la finalización de la beca.

Se podrán abonar otro tipo de ayudas complementarias, en cuantía que se juzgue pertinente, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, para desplazamientos, inscripción y asistencia a cursos, simposios, etc., que se consideren necesarios o convenientes a los propósitos de formación de becario.

IV. Duración

Las becas tendrán una duración de doce meses, pudiendo prorrogarse en función del rendimiento personal de los becarios y de las disponibilidades presupuestarias. No obstante, en ningún caso la duración acumulada de las becas concedidas excederá de dos años, cualquiera que haya sido la fecha de su adjudicación.

Las becas adjudicadas podrán ser revocadas libremente por la Dirección del Consejo de Seguridad Nuclear, en el supuesto de que la dedicación y el rendimiento del becario no alcancen un nivel satisfactorio a juicio del Organismo.

V. Requisitos

Los aspirantes deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Ser español.
- b) Poseer las condiciones académicas indicadas en la base II.
- c) En el caso de los varones, estar libre de las prestaciones del servicio militar durante el tiempo de la beca.
- d) No estar acogido al seguro de desempleo, ni tener concedida otra beca durante el periodo de disfrute de la beca convocada por la presente Resolución.
- e) No percibir ninguna otra compensación económica durante el disfrute de la beca, por el ejercicio de una actividad profesional.

En el caso de que, durante el periodo de vigencia de la beca concedida, su titular dejase de cumplir alguno de los requisitos señalados está obligado a ponerlo en conocimiento del Consejo de Seguridad Nuclear, en el plazo de dos días, causando baja automáticamente en la percepción de la beca.

VI. Plazo de solicitud

Las solicitudes deberán presentarse dentro del plazo de veinte días naturales, contados a partir del siguiente a la fecha de publicación de la convocatoria en el «Boletín Oficial del Estado».

VII. Documentación

Las instancias se presentarán conforme al modelo que figura en el anexo, directamente en el Registro General del Consejo de Seguridad Nuclear, Justo Dorado, número 11, 28040 Madrid, o en cualquier de las formas establecidas en la vigente Ley de Procedimiento Administrativo.

Los aspirantes reseñarán en la instancia la especialidad en la que aspiran a formarse, pudiendo elegir al respecto tres áreas, como máximo

1. Copia de los Estatutos, en el caso de personas jurídicas.
2. En su caso, reglamento por el que se rija el festival.

Si los solicitantes no acompañasen toda la documentación exigida o presentada adoleciera de algún defecto formal, el Instituto requerirá a los mismos para que, en el plazo de diez días, se subsane la falta o acompañen los documentos preceptivos, con apercibimiento de que, si así no lo hicieran, se archivará la solicitud sin más trámite.

Quinto. *Criterios de valoración.*—Las solicitudes serán valoradas teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

Ambito de actuación del festival y su eventual reconocimiento internacional.

Número y calidad de las películas que se proyectarán y relación de países participantes.

Incidencia en la industria cinematográfica y audiovisual, y restantes circunstancias relevantes para el interés cinematográfico y cultural del festival.

Incidencia plural a nivel autonómico y a nivel internacional.

Atención prestada por los Medios de Comunicación.

En el caso de que el solicitante haya sido beneficiario de subvenciones en anteriores convocatorias, el Instituto valorará, asimismo, la correcta aplicación de aquéllas a los fines para los que fueron concedidas.

Sexto. *Concesión.*—El Director general del ICAA, a la vista de las solicitudes presentadas, dictará la resolución que proceda, de acuerdo con lo previsto en el punto cuarto de la Orden de 6 de febrero de 1992 reguladora de ayudas citadas, en el plazo de un mes, a contar desde la presentación de la documentación exigida o, en su caso, la subsanación de errores o faltas.

Séptimo. *Forma de hacer efectiva la subvención.*—La ordenación del pago será nominativa a favor de los beneficiarios y éste se realizará en el único plazo, sin perjuicio de lo establecido en el punto undécimo de la Orden reguladora.

Octavo. *Obligaciones del beneficiario.*—Las Entidades y personas físicas beneficiarias de las subvenciones vendrán obligadas a observar lo previsto en el punto segundo de la Orden reguladora de 6 de febrero de 1992 y, además, a comunicar al Instituto por escrito cualquier variación o modificación que se produzca en el proyecto o desarrollo de la actividad subvencionada, en el momento en que aquélla tenga lugar.

Noveno. *Justificación.*—El beneficiario de la subvención deberá justificar la aplicación de la misma en el plazo máximo de noventa días desde la ejecución de la correspondiente actividad. Si la subvención se concediese finalizada aquella, el plazo de justificación se contará desde la fecha de pago de la ayuda. Todo ello sin perjuicio de la prórroga que pueda ser solicitada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 57 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

La justificación se realizará mediante la presentación de los documentos que cita el punto quinto de la Orden de 6 de febrero de 1992 referida en la forma de él descrita.

Décimo. *Normativa general.*—Las subvenciones cuya concesión con arreglo a la presente Resolución se ajustarán a lo establecido en la referida Orden de 6 de febrero de 1992, a cuyas disposiciones se estará para todo lo no previsto en la presente Resolución.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 4 de enero de 1993.—El Director general, Juan Miguel Lamet Martínez.

ANEXO

Solicitud de subvención para la celebración de festivales de cinematografía y artes audiovisuales, a desarrollar en España en 1993*

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre o razón social
 Domicilio social
 Localidad
 Código Postal, teléfono, CIF**
 IIF**

Datos personales del representante

Nombre Apellidos
 Profesión NIF
 Domicilio correspondencia
 Código Postal teléfono

ACTIVIDADES PARA LAS QUE SOLICITA SUBVENCION

Resumen

Índice de documentos (punto 3.º de la Orden de 6 de febrero de 1992 y 4.º de la Resolución de 4 de enero de 1993).

(Lugar, fecha y firma)

* Se presentará por duplicado en el Registro General del Ministerio de Cultura o por cualquiera de los medios previstos en el artículo 66 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

** Fotocopia.

Ilmo. Sr. Director general del Instituto de la Cinematografía y de las Artes Audiovisuales.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

2668

RESOLUCION de 15 de enero de 1993, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre atención primaria.

El Consejo de Ministros en su reunión del 20 de noviembre de 1992, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, aprobó el Acuerdo celebrado con fecha 3 de julio de 1992, entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre atención primaria.

El Acuerdo del Consejo de Ministros se publica como anexo a esta Resolución.

Asimismo se da publicidad, como anexo al citado Acuerdo, al texto celebrado el 3 de julio de 1992.

Madrid, 15 de enero de 1993.—El Director general, José Luis Conde Olasagasti.

ANEXO DE LA RESOLUCION

Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado con fecha 3 de julio de 1992 entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre atención primaria

Primero.—Examinado el Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y los Sindicatos Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y de Enfermería, Comisiones Obreras, Unión General de Trabajadores, Confederación Sindical Independiente de Funcionarios y Convergencia Inter-sindical Gallega, sobre atención primaria, el Consejo de Ministros acuerda prestar su aprobación expresa y formal al mismo, que se adjunta como anexo.

Segundo.—El contenido retributivo de dicho Acuerdo se ajustará a las condiciones que para las distintas categorías o puestos de trabajo se señalan a continuación:

Uno.—A partir de 1 de julio de 1992, a las categorías y puestos de trabajo del personal estatutario de atención primaria que seguidamente se relacionan quedará asignado el complemento de destino que en cada caso se indica en la tabla I del presente Acuerdo.

Dos.—Con efectos de 1 de enero de 1992 se asigna el complemento específico que se indica a las categorías y puestos de trabajo que se relacionan en la tabla II.

Tres.—Las cuantías correspondientes al complemento de atención continuada, modalidad B, con efectos de 1 de septiembre de 1992, son las siguientes:

Personal facultativo: 1.397 pesetas/hora.
ATS/DUE: 904 pesetas/hora.

Cuatro.—Las cuantías correspondientes al complemento de productividad (factor fijo) que, con efectos de 1 de septiembre de 1992, se establecen, en función del número de tarjetas sanitarias asignadas a cada profesional y de las características de los puestos de trabajo según la clasificación geográfica de los Equipos de Atención Primaria en los que prestan servicios, son las siguientes:

A) Valor de la tarjeta sanitaria individual (pesetas/año) por población:

Categoría profesional	Grupo de edad				
	0-2	3-6	7-13	14-65	66 o más
Médicos generales	660	220	220	220	660
Pediatras	660	220	220	—	—

B) Valor de la tarjeta sanitaria individual (pesetas/año) por características del puesto de trabajo:

Categoría	G-1	G-2	G-3	G-4
Médicos	138	325	450	496
Pediatras	138	325	450	496
Enfermería	137	300	340	411

Cinco.—El personal que sea designado para realizar refuerzos en los Equipos de Atención Primaria percibirá, por cada veinticuatro horas de servicio, las retribuciones que a continuación se indican:

Categoría profesional	Sueldo base	Complemento de destino	Atención continuada
Médicos	4.643	2.103	10.892
ATS	3.941	1.707	7.204

En el supuesto de que la vinculación se efectúe por períodos inferiores a veinticuatro horas, se reducirán estas retribuciones proporcionalmente.

Seis.—Se acuerda retribuir los desplazamientos que el personal de los Equipos de Atención Primaria deba realizar en el ejercicio de su jornada laboral, con efectos de 1 de enero de 1993 y en los términos que se especifican a continuación:

Las cantidades/año por cada facultativo y ATS/DUE en concepto de indemnización por desplazamiento serán:

- G-1: 14.476 pesetas/año.
- G-2: 21.714 pesetas/año.
- G-3: 51.700 pesetas/año.
- G-4: 77.550 pesetas/año.

Las cantidades indicadas, tomando doscientos treinta y cinco días laborales al año, se asignarán a cada equipo en función del número de profesionales con que cuente.

El Gerente de Atención Primaria llevará a cabo la distribución individualizada de las cuantías que correspondan.

La Administración Sanitaria adoptará las medidas normativas necesarias para la instrumentación de esta retribución para el personal facultativo y ATS/DUE de Atención Primaria.

Siete.—Una vez realizadas las transferencias necesarias para financiar este Acuerdo, el conjunto resultante de las retribuciones que atienden el pago de productividad y atención continuada no podrán, en ningún caso, superar el total de los créditos que por estos conceptos hayan sido aprobados para el estado de gastos del Instituto Nacional de la Salud.

Los módulos utilizables en el cálculo de la productividad individual (pago en función de tarjeta sanitaria) se fijarán en base a los créditos de retribuciones del personal de atención primaria existentes en éste y posteriores ejercicios.

Ocho.—Por el Ministerio de Economía y Hacienda se llevarán a cabo las modificaciones presupuestarias necesarias para la instrumentación del presente Acuerdo.

Nueve.—Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente Acuerdo se entienden siempre hechas a retribuciones íntegras.

TABLA I

Categoría/puesto de trabajo	Nivel
Grupo Técnico Función Administrativa	23
Técnico titulado superior	23
Enfermera de Consulta II. AA.	21
Ingeniero técnico Jefe de Grupo	21
Grupo Gestión Función Administrativa	21
Asistente social	21
Personal Técnico Grado Medio	21
Celador con atención directa	14
Celador sin atención directa	13
Lavandera	13
Planchadora	13
Limpiadora	13

TABLA II

Categoría/puesto de trabajo	Complemento específico anual - Pesetas
Técnicos especialistas	22.020
Grupo Administrativo	22.020
Auxiliar de Enfermería	22.020
Grupo Auxiliar Administrativo	22.020
Electricista	22.020
Fontanero	22.020
Conductor	22.020
Telefonista	22.020
Locutor	22.020
Calefactor	22.020
Jefe de Personal Subalterno	22.020
Jardinero	22.020
Costurera	22.020
Mecánico	22.020
Encargado Parque Móvil	22.020

ANEXO DEL ACUERDO DEL CONSEJO DE MINISTROS

Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre atención primaria

Con fecha de 22 de febrero de 1992, en la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado se acordó el marco general para la negociación en atención primaria, considerando adecuado continuar con la implantación de Equipos de Atención Primaria, dada la positiva experiencia de la mejora en la prestación de servicios mediante la organización de la atención primaria a través de Equipos y Centros de Salud.

Para abordar económicamente estos distintos aspectos y dar cumplimiento al principio de suficiencia presupuestaria, se dispone de los créditos asignados en el Presupuesto para 1992 en los subconceptos de atención continuada y productividad.

Para ello, y una vez desarrolladas las reuniones y negociaciones pertinentes, los representantes de la Administración y de las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, CCOO, UGT, CSIF y CIGA convienen en celebrar el presente Acuerdo, en Madrid, a 3 de julio de 1992, sobre las materias que a continuación se configuran:

I. Continuación de la reforma de la atención primaria:

Durante 1992 se aumentará la cobertura de población por Equipos de Atención Primaria a través de la modificación de plantillas en distintos Centros de Gasto, con la constitución de nuevos Equipos de Atención Primaria, priorizándose aquellas zonas en las que el INSALUD o las Administraciones Autonómicas respectivas hayan realizado un esfuerzo inversor en la construcción de Centros de Salud o se hayan realizado las preintegraciones de los profesionales. Para ello, se acuerda ofertar la integración a 1.015 Médicos y Pediatras estatutarios, 819 Enfermeras estatutarias, 795 Médicos APD, 649 ATS APD. Esta integración se realizará, conforme a la legislación de aplicación, por el personal del modelo tradicional afectado por la constitución de los EAP.

En todas las ofertas de integración, y según marca la normativa en vigor, se dará la oportunidad de integración al personal de los Servicios Normales y Especiales de Urgencia.

Igualmente se realizará un concurso-oposición en el que se convocarán al menos 804 plazas de enfermería y 800 de facultativo. Los puestos de trabajo que queden vacantes en los Servicios de Urgencia por integración del personal que los ocupa no supondrán disminución de plantilla, sino que se trasladarán a nuevos Equipos de Atención Primaria.

Se convocarán, mediante concurso-oposición, las plazas de Psicólogos y Trabajadores Sociales, con carácter estatutario y teniendo en cuenta, en los correspondientes baremos, los trabajos realizados previamente en las Áreas de Salud y, en la fase de oposición, adecuando las pruebas a los contenidos funcionales de los puestos de trabajo, mediante presentación de memorias de actividad, etc.

En la progresiva implantación de Equipos de Atención Primaria se ha constatado que un grupo reducido de facultativos y personal de enfermería, y debido a diferentes circunstancias, no considera de forma voluntaria la integración en Equipos de sus Zonas Básicas de Salud.

Para ello, parece imprescindible que, antes de 1 de octubre de 1992, Administraciones y Organizaciones Sindicales negocien la forma de abordar esta situación, a fin de evitar el mantenimiento de dos tipos de organización de forma indefinida, asegurando durante 1993 que todo el personal sanitario de atención primaria que voluntariamente acepte pueda realizar sus funciones en el nuevo sistema de organización y de prestación de servicios de Equipo de Atención Primaria con las mejoras salariales que esto conlleva durante el ejercicio presupuestario.

Esta oferta se basará en considerar, con carácter voluntario, la disponibilidad horaria de estos profesionales, provisión de servicios y características del puesto de trabajo en relación con la aplicación del sistema retributivo establecido por el Real Decreto-ley 3/1987. En todo caso, se pretenderá garantizar para el personal facultativo las retribuciones derivadas de su cupo de asegurados y, para el personal fijo de enfermería, se garantizará el número de 2.500 cartillas por profesional con efectos de 1 de enero de 1992.

II. Aspectos retributivos:

A) Productividad fija y tarjeta sanitaria:

Durante 1991 se ha comenzado la implantación de la tarjeta sanitaria individual en todo el territorio del INSALUD, estando previsto que, en 1993, el 100 por 100 de los ciudadanos posean este documento. Esto permite, lógicamente, conocer la población asignada a cada facultativo y a cada Equipo, así como las características demográficas de esta población.

Parece adecuado que conceptos retributivos que anteriormente venían definidos a través del número de cartillas o cálculos indirectos de población, se ajusten al conocimiento real que permite la tarjeta sanitaria individual, introduciendo en el concepto productividad fija un elemento en función del número de usuarios por profesional.

Para ello se establecen criterios sensibles a la existencia de grupos de edad más consumidores de servicios, retribuyéndose a cada facultativo según el número de personas asignadas. Los grupos de edad con un importe de tarjeta más alto serían los correspondientes a menores de tres años y a mayores de sesenta y cinco años, estimándose el valor de la tarjeta en función de la demanda de servicios y frecuentación, tres veces mayor en estos grupos. Por ello, se acuerda asignar a las tarjetas sanitarias el valor/año que a continuación se indica, en pesetas/año, y por cada tarjeta sanitaria individual asignada a cada profesional:

Valor tarjeta sanitaria individual

Categoría profesional	Grupo de edad				
	0-2	3-6	7-13	14-65	66 o más
Médicos generales	660	220	220	220	660
Pediatras	660	220	220	—	—

La introducción de un sistema de evaluación de la gestión de los recursos y de los servicios de cada Equipo de Atención Primaria, para 1993, será negociado previamente con las Organizaciones Sindicales, y, para su fiabilidad, se basará en la participación de la Comunidad a través de los Consejos de Salud y de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, así como la participación de los mismos en la elaboración anual de objetivos; igualmente se establecerá la participación de los profesionales en la organización y gestión de los recursos de los Equipos (atención continuada...). A estos efectos, y en la tarea de evaluación de los servicios, se realizará sobre los servicios definidos para atención primaria y para cada uno de los Equipos, ponderándose de forma primordial aquellos relacionados con actividades de prevención y promoción de la salud incluidas

en la cartera de servicios de los Centros, en los términos que se establezca en coordinación con las Comunidades Autónomas respectivas.

Dado que los servicios de atención primaria deben ser accesibles a toda la población, es necesario mantener una red de Centros de Salud que en ocasiones se sitúa en territorios con importante dispersión de los ciudadanos en distintos núcleos, lo que origina en los profesionales una dificultad suplementaria de trabajo.

Parece necesario adecuar los conceptos retributivos para estas situaciones. Esta cantidad está basada en dos aspectos:

- Características de peñosidad-dispersión de la Zona Básica de Salud.
- Número de personas asignadas a cada profesional.

La aplicación del sistema capitulo al personal de enfermería se establecerá en este concepto, calculándose de forma global según la población que atiende la totalidad del Equipo, teniendo el personal de enfermería de un mismo Equipo la misma cantidad en este concepto retributivo. Por ello, se acuerda asignar los siguientes valores, en pesetas/año, por cada tarjeta sanitaria asignada a cada profesional y en función de las características de los puestos de trabajo:

Características puesto de trabajo

	G-1	G-2	G-3	G-4
Médicos	138	325	450	496
Pediatras	138	325	450	496
Enfermería	137	300	340	411

La clasificación de los EAP en los cuatro grupos en función de la dispersión geográfica se realizará conforme a la metodología actualmente en vigor y cualquier posible modificación en la misma será objeto de negociación con las Organizaciones Sindicales.

Respecto de las categorías profesionales de Matronas, Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales, dada su condición de personal de atención primaria, se negociará la adecuación de sus retribuciones a las condiciones económicas del presente Acuerdo con efectos de 1 de enero de 1993.

Transitoriamente y hasta tanto se implante la tarjeta sanitaria a toda la población, respecto de aquellas personas aún no incluidas y para hacer efectiva la retribución por este concepto se utilizarán los índices de referencia elaborados por la Gerencia de Informática de la Seguridad Social, respecto de los beneficiarios dependientes de cada titular de la cartilla de la Seguridad Social, elaborados mensualmente para cada provincia y en función del tipo de régimen de Seguridad Social (general, autónomo, agrario...).

B) Atención continuada:

Con objeto de ajustar las retribuciones al tiempo de dedicación, se abonará según el número de horas efectuadas. Las cantidades asignadas serán, para el personal facultativo, de igual manera a como se retribuye en el ámbito de la asistencia especializada, de 1.397 pesetas/hora y, para el personal de enfermería, de 904 pesetas/hora.

Con carácter general, se establece en 425 horas/año el número máximo en atención continuada. Para aquellos Equipos de Atención Primaria ubicados en el medio rural y que inevitablemente superan las 425 horas/año de atención continuada, establecidas con carácter general, se acuerda, teniendo como objetivo la progresiva minoración de horas de atención continuada, fijar como tope 850 horas/año, sin que ello suponga, en ningún caso, que como consecuencia del presente Acuerdo se incremente el número de horas que actualmente vienen realizando los profesionales tanto en el ámbito rural como en el urbano, incluido el derivado de la realización de sustituciones regulada en el apartado V del presente Acuerdo.

En atención a las especiales circunstancias y riesgos que concurren en todo tipo de personal, la mujer embarazada podrá solicitar la exención de participación en turnos de atención continuada; también podrá ser solicitada la exención por el padre o la madre que, según la Ley 3/1989, obtenga la correspondiente reducción de jornada. Igualmente podrá ser solicitada la exención de atención continuada por las personas mayores de cincuenta y cinco años. Las exenciones se concederán cuando así lo permitan las necesidades del servicio.

C) Complemento de destino y específico:

Con efectos de 1 de julio de 1992 se acuerda adoptar, de manera similar a como se efectuó en el ámbito de la asistencia especializada, las siguientes modificaciones de los complementos de destino:

	Nivel
Grupo Técnico Función Administrativa	23
Técnico titulado superior	23
Enfermera de Consulta II. AA.	21
Ingeniero técnico Jefe de Grupo	21
Grupo Gestión Función Administrativa	21
Asistente social	21
Personal Técnico Grado Medio	21
Celador con atención directa	14
Celador sin atención directa	13
Lavandera	13
Planchadora	13
Limpiadora	13

A fin de impulsar el proceso de modernización de la Administración Sanitaria y con el objetivo fijado en el Acuerdo de la Mesa General de establecer un incremento salarial mínimo y general, se asigna un complemento específico de 22.020 pesetas anuales para todos aquellos puestos y categorías de los grupos C, D y E que no sean retribuidos por el sistema de capitación en productividad (factor fijo) o por atención continuada, en la regulación dada en el apartado B anterior, o no hayan visto modificado su nivel de complemento de destino.

III. Refuerzos:

A efectos de refuerzos, se mantienen vigentes los criterios establecidos en los Acuerdos sindicales firmados en enero de 1990.

Con objeto de mantener la accesibilidad de los ciudadanos al servicio de urgencias, las distintas Gerencias de Atención Primaria proveerán los adecuados refuerzos para conseguir no sobrepasar los límites horarios establecidos en el apartado «atención continuada» anterior.

La vinculación de los profesionales que realicen estos refuerzos se formalizará mediante designaciones de carácter temporal, mientras dure la causa del refuerzo y con unas retribuciones que se enmarquen en el modelo retributivo de atención primaria y supongan un incremento del 35 por 100 sobre las cantidades actualmente fijadas para los refuerzos. Esta vinculación se formalizará, en la medida de lo posible, respecto de varios Equipos de Atención Primaria con prioridad respecto de aquellos que mantengan mayor proximidad geográfica. Para optimizar la prestación de servicios de estos profesionales, se establecerán los mecanismos de formación necesarios.

Igualmente se tomará en consideración la realización de este tipo de servicios al objeto de su valoración en el baremo de acceso a plazas de atención primaria. Si no existiera personal que pudiera efectuar dichos refuerzos, se posibilitará administrativamente que sean profesionales de otros Equipos o Instituciones los que voluntariamente realicen dicho trabajo durante los fines de semana. En cualquier caso, se garantizará la existencia del servicio, por el que en el caso extremo de no encontrarse personal con ninguna de las medidas anteriormente enunciadas, el personal del Equipo que se viera obligado a efectuar dichos refuerzos percibirá la retribución contemplada a tal efecto, como horas de atención continuada.

IV. Jornada laboral:

La jornada laboral en cómputo anual, con independencia de los turnos de atención continuada que pudieran corresponder en cada caso, queda fijada en 1.645 horas para la prestación de servicios en turno fijo diurno y, tomando el referente establecido en el Acuerdo de 22 de febrero para los turnos fijos nocturnos (1.470 horas) y turnos rotatorios (1.630 horas), en los Servicios de Urgencia se llevará a cabo la negociación descentralizada para la adecuación de la jornada laboral de los mismos a la organización de los servicios y prestación de asistencia que realizan.

Se garantizará que todo el personal tenga, al menos, un descanso ininterrumpido de treinta y seis horas en la semana.

En la Mesa Sectorial Sanitaria, y antes de 31 de diciembre de 1992, se negociará la distribución diaria de la jornada laboral.

V. Sustituciones:

En la actualidad, y debido a las diferentes características del personal sanitario, se están realizando, dentro de los márgenes presupuestarios, sustituciones por vacaciones reglamentarias, bajas laborales y diferentes licencias de forma poco homogénea, sustituyéndose en algunos casos con criterios amplios o, por el contrario, no sustituyéndose en situaciones que, bien por presión asistencial o por otras características, deberían realizarse.

Para ello se acuerda establecer los siguientes criterios, que homogeneizan las actuaciones de los Gestores periféricos:

1. a) Se efectuarán sustituciones en el 100 por 100 de los casos para cada tipo de profesional, cuando los Equipos de Atención Primaria tengan una plantilla inferior o igual a cuatro Médicos y cuatro ATS/DUE.

b) En el resto de los casos, se garantizará la sustitución de todos los profesionales en ausencias superiores a cinco días.

c) Igualmente se sustituirán las ausencias inferiores a cinco días por vacaciones o a actividades sindicales, de formación previamente autorizadas o el disfrute de los días de libre disposición.

d) Excepcionalmente no se realizarán sustituciones para ausencias o bajas superiores a cinco días, en los Equipos que tengan una presión asistencial diaria inferior a 36 consultas en G1, 30 consultas en G2, 2 consultas en G3 y 20 consultas en G4. Esta presión asistencial individual medida en los tres meses anteriores no será superada por la acumulación de consultas derivadas de otros profesionales y, en el supuesto de que se supere, se efectuará la correspondiente sustitución. A estos efectos se entenderá como consulta la realizada tanto a demanda como programada o en domicilio.

En cualquier caso, en el marco de las dotaciones presupuestarias asignadas, podrá el Coordinador del Equipo de Atención Primaria, y mediante propuesta argumentada (presión asistencial, horario, atención continuada, número de profesionales, etc.), presentar al Gerente de Atención Primaria correspondiente, para su negociación con las Organizaciones Sindicales sustituciones en porcentajes diferentes a los anteriormente enunciados a fin de garantizar el funcionamiento de su Centro.

2. Para los incrementos poblacionales, que habitualmente se producen en ciertas zonas geográficas o períodos estivales, se efectuarán contrataciones de refuerzos para las zonas que se encontraran afectadas en el sentido.

VI. Transporte:

Para llevar a cabo un adecuado tratamiento económico de los desplazamientos que el personal de los Equipos de Atención Primaria del realizar en el ejercicio de su jornada laboral, además de la consideración que este aspecto aporta en la clasificación geográfica de los Equipos sus consecuencias retributivas, se acuerda asignar las cantidades que continuación se indican, con efectos económicos de 1 de enero de 1992.

La asignación de estas cantidades parte de la consideración, en términos de media, del número de kilómetros que por profesional se realiza según la dispersión geográfica de los distintos Equipos, así como los días laborables. De esta manera, tomando doscientos treinta y cinco días laborables al año, se acuerda asignar la siguiente cantidad/año por cada facultativo y ATS/DUE, en concepto de indemnización por desplazamiento:

- G1: 14.476 pesetas/año.
- G2: 21.714 pesetas/año.
- G3: 51.700 pesetas/año.
- G4: 77.650 pesetas/año.

Las cantidades antes indicadas se asignarán a cada Equipo en función del número de profesionales con que cuenta y por el Gerente de Atención Primaria se llevará a cabo la distribución individualizada de las cantidades que correspondan. Por la Administración Sanitaria se adoptarán las medidas normativas necesarias para la instrumentación de esta retribución para el personal facultativo y ATS/DUE de Atención Primaria.

VII. Cláusula de salvaguardia:

En todo caso, se garantizará que las retribuciones fijas y periódicas que perciben los profesionales en la actualidad se mantengan, en cuanto a su nivel salarial global, con la aplicación de las retribuciones derivadas de la tarjeta sanitaria individual y de atención continuada. Para ello se llevará a cabo la oportuna redistribución en la asignación de población con la nueva aplicación del sistema retributivo derivado de la tarjeta sanitaria individual o la correspondiente asignación en productividad factiva fijo.

VIII. Ambito de aplicación y entrada en vigor:

El presente Acuerdo será de aplicación al personal funcionario de los Cuerpos Sanitarios Locales y Estatutario que presta servicios en el ámbito de la atención primaria del INSALUD, con las particularidades que en las distintas cláusulas se establecen para cada colectivo.

Los efectos económicos de la implantación del nuevo sistema de retribución de la tarjeta sanitaria individual y la atención continuada se pr...

ducirán a partir de 1 de septiembre de 1992 para garantizar un adecuado desarrollo de los nuevos sistemas de retribución y organización.

IX. Cláusula derogatoria:

El presente Acuerdo deroga cualquier otro anterior en todo aquello que se oponga a lo acordado en el mismo.

MINISTERIO DE RELACIONES CON LAS CORTES Y DE LA SECRETARÍA DEL GOBIERNO

2669 RESOLUCION de 29 de diciembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 1/7405/1992, interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima).

Ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima) se ha interpuesto, por don Alfredo Timermans Díaz, recurso contencioso-administrativo número 1/7405/1992 contra el Acuerdo de Consejo de Ministros, de 10 de julio de 1992, que desestima su solicitud de indemnización de daños y perjuicios ocasionados con motivo de su jubilación forzosa.

En consecuencia, y a tenor de lo dispuesto en el artículo 64.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar a aquellas personas a cuyo favor hubieran derivado o derivaren derechos de la resolución impugnada y a quienes tuvieren interés directo en el mantenimiento de la misma, para que comparezcan y se personen en autos, ante la referida Sala, en el plazo de los nueve días siguientes a la publicación de la presente Resolución.

Madrid, 29 de diciembre de 1992.—El Subsecretario, Fernando Sequeira de Fuentes.

2670 RESOLUCION de 29 de diciembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 1/7395/1992, interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima).

Ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima) se ha interpuesto, por don José María Pérez Vicente, recurso contencioso-administrativo número 1/7395/1992 contra el acuerdo del Consejo de Ministros, de 10 de julio de 1992, que desestima su solicitud de indemnización de daños y perjuicios ocasionados con motivo de su jubilación forzosa.

En consecuencia, y a tenor de lo dispuesto en el artículo 64.1 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar a aquellas personas a cuyo favor hubieran derivado o derivaren derechos de la resolución impugnada y a quienes tuvieren interés directo en el mantenimiento de la misma, para que comparezcan y se personen en autos, ante la referida Sala, en el plazo de los nueve días siguientes a la publicación de la presente Resolución.

Madrid, 29 de diciembre de 1992.—El Subsecretario, Fernando Sequeira de Fuentes.

2671 RESOLUCION de 29 de diciembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 1/7335/1992, interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima).

Ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima) se ha interpuesto, por don Luis García de Diego López, recurso contencioso-administrativo número 1/7335/1992 contra el Acuerdo de Consejo de Ministros, de 10 de julio de 1992, que desestima su solicitud de indemnización de daños y perjuicios ocasionados con motivo de su jubilación forzosa.

En consecuencia, y a tenor de lo dispuesto en el artículo 64.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar a aquellas personas a cuyo favor hubieran derivado o derivaren derechos de la resolución impugnada y a quienes tuvieren interés directo en el mantenimiento de la misma, para que comparezcan y se personen en autos, ante la referida Sala, en el plazo de los nueve días siguientes a la publicación de la presente Resolución.

Madrid, 29 de diciembre de 1992.—El Subsecretario, Fernando Sequeira de Fuentes.

2672 RESOLUCION de 29 de diciembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 1/7442/1992, interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima).

Ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima) se ha interpuesto, por don Juan Bautista Bertomeu Boller, recurso contencioso-administrativo número 1/7442/1992 contra el acuerdo del Consejo de Ministros, de 10 de julio de 1992, que desestima su solicitud de indemnización de daños y perjuicios ocasionados con motivo de su jubilación forzosa.

En consecuencia, y a tenor de lo dispuesto en el artículo 64.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar a aquellas personas a cuyo favor hubieran derivado o derivaren derechos de la resolución impugnada y a quienes tuvieren interés directo en el mantenimiento de la misma, para que comparezcan y se personen en autos ante la referida Sala, en el plazo de los nueve días siguientes a la publicación de la presente Resolución.

Madrid, 29 de diciembre de 1992.—El Subsecretario, Fernando Sequeira de Fuentes.

2673 RESOLUCION de 29 de diciembre de 1992, de la Subsecretaría, por la que se emplaza a los interesados en el recurso contencioso-administrativo número 1/7464/1992, interpuesto ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima).

Ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Séptima) se ha interpuesto, por don Agustín Pérez Rodríguez, recurso contencioso-administrativo número 1/7464/1992 contra el acuerdo del Consejo de Ministros, de 23 de octubre de 1992, que desestima su solicitud de indemnización de daños y perjuicios ocasionados con motivo de su jubilación forzosa.

En consecuencia, y a tenor de lo dispuesto en el artículo 64.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa,

Esta Subsecretaría ha resuelto emplazar a aquellas personas a cuyo favor hubieran derivado o derivaren derechos de la resolución impugnada y a quienes tuvieren interés directo en el mantenimiento de la misma, para que comparezcan y se personen en autos, ante la referida Sala, en el plazo de los nueve días siguientes a la publicación de la presente Resolución.

Madrid, 29 de diciembre de 1992.—El Subsecretario, Fernando Sequeira de Fuentes.

19/94

31

5 de Febrero de 1994

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

2817 *RESOLUCION de 3 de enero de 1994, de la Dirección General del INSALUD, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se regula el complemento de atención continuada de los Médicos Internos Residentes.*

El Consejo de Ministros en su reunión del día 29 de diciembre de 1993, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo aprobó el siguiente Acuerdo:

«Acuerdo por el que se regula el complemento de atención continuada de los Médicos Internos Residentes.»

El mencionado Acuerdo se publica como anexo a esta Resolución.

Madrid, 3 de enero de 1994.—El Director general, José Luis Temes Montes.

ANEXO

ACUERDO DEL CONSEJO DE MINISTROS POR EL QUE SE REGULA EL COMPLEMENTO DE ATENCION CONTINUADA DE LOS MEDICOS INTERNOS RESIDENTES

La sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 10 de marzo de 1993, dictada en el recurso contencioso-administrativo, interpuesto por la Coordinadora Estatal de Servicios de Urgencia Extrahospitalaria de la Seguridad Social, contra el Acuerdo de Consejo de Ministros de 18 de abril de 1988, procedió a declarar la nulidad de pleno derecho del mismo. Dado que el resto de las materias, que el mencionado Acuerdo contemplaba, ya han sido objeto de nueva regulación, es necesario volver a establecer las cuantías que corresponden al complemento de atención continuada que le es de aplicación a los Médicos Internos Residentes, adscritos a H.S.S de la Seguridad Social del INSALUD.

Primero.—Los servicios que los Médicos Internos Residentes presten fuera de la jornada establecida, serán remunerados a través del concepto retributivo de atención continuada, a cuyo efecto se señalan seguidamente las cuantías correspondientes al mismo. La Dirección General del INSALUD determinará las condiciones de la prestación de los servicios para la percepción de este concepto retributivo.

Modalidad A:

MIR, primer año:

Guardias, presencia física diecisiete horas: 16.007 pesetas.
Guardias, presencia física veinticuatro horas: 22.598 pesetas.

MIR, segundo año:

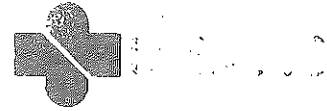
Guardias, presencia física diecisiete horas: 16.982 pesetas.
Guardias, presencia física veinticuatro horas: 23.974 pesetas.

MIR, tercer año y sucesivos:

Guardias, presencia física diecisiete horas: 17.966 pesetas.
Guardias, presencia física veinticuatro horas: 25.406 pesetas.

Segundo.—Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente Acuerdo se entiende siempre hechas a retribuciones íntegras.

(1) RESOLUCION 25-4-88, BOE 103, 29-4-88, BIDO 89/88



18/94

31

5 de Febrero de 1994

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

2816 RESOLUCION de 3 de enero de 1994 de la Dirección General del INSALUD por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se modifican las retribuciones de los Supervisores de Área y de Unidad al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.

El Consejo de Ministros en su reunión del día 29 de diciembre de 1993, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo aprobó el siguiente Acuerdo:

«Acuerdo por el que se modifican las retribuciones de los Supervisores de Área y de Unidad al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del INSALUD.»

El mencionado Acuerdo se publica como anexo a esta Resolución.

Madrid, 3 de enero de 1994.—El Director general, José Luis Tena Montes.

ANEXO

El Acuerdo suscrito con fecha 22 de febrero de 1992 («Boletín Oficial del Estado» de 3 de junio) entre la Administración Sanitaria del Estado y las organizaciones Sindicales más representativas en el sector, sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos de las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD, establecía en su apartado 2.º un compromiso de revisar los puestos de supervisión, en atención a la disponibilidad, responsabilidad y especial dedicación a los mismos, de manera que se asignen los complementos salariales adecuados al desempeño de estos puestos de trabajo.

Con fecha de 6 de noviembre de 1993, la Administración convocó la Mesa Sectorial Sanitaria de Negociación, no habiendo llegado a ningún consenso con los Sindicatos presentes. Por ello, de conformidad con el artículo 37, apartado 2.º de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Organos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, en su redacción, dada por la Ley 7/1990, de 19 de junio, se acuerda modificar las retribuciones de los Supervisores de Área y de Unidad en los siguientes términos:

Primero.—Con efectos de 1 de enero de 1994, se acuerda asignar el complemento específico en las siguientes cuantías:

	Complemento más representativo	Complemento específico anual
Supervisor de área	47.830	573.960
Supervisor de unidad	37.476	449.712

Segundo.—Con efectos de 1 de enero de 1994, las cuantías correspondientes al complemento de atención continuada por la prestación de servicios de manera continuada fuera de la jornada ordinaria de este colectivo, serán las siguientes:

- Módulo de 7 horas: 7.000.
- Módulo de 10 horas: 10.000.
- Módulo de 24 horas: 23.000.

En el presupuesto del INSALUD para 1994, se ha previsto un crédito de 165.674 000 pesetas, para atender el coste de los módulos anteriormente reseñados, cantidad que en ningún caso podrá ser superada por las instituciones sanitarias de asistencia especializada. Por parte de la Dirección General del INSALUD se dictarán las oportunas instrucciones al respecto.

No obstante, los centros hospitalarios deberán organizar la prestación de servicios de este personal, de manera que la realización de módulos de guardia, fuera de la jornada ordinaria, tenga carácter excepcional, reduciéndolos al mínimo indispensable.

Aquellas Supervisores de Área o de Unidad que deban prestar servicios en festivos y noches, dentro de su jornada ordinaria anual, percibirán

el complemento de atención continuada, en su modalidad A o B, en las cuantías establecidas para el personal estatutario perteneciente al grupo B.

Tercero.—Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente Acuerdo se entienden siempre hechas a retribuciones íntegras.

(1) RESOLUCION 10-6-92, BOE 159, de 3-7-92, BIDO 69/92

(2) BIDO 162/87

(3) LEY 7/90, 19-7-90, BIDO 123/90

BIDO Núm. 70/97

Referencia al B.O.E. Núm. 102 del 29 de Abril de 1997

El Acuerdo del Consejo de Ministros se publica como anexo a esta Resolución. Asimismo, se da publicidad como anexo al mencionado acuerdo el acuerdo sindical celebrado el 20 de diciembre de 1996.

Madrid, 8 de abril de 1997.—El Presidente ejecutivo, Alberto Núñez Feijoo.

Anexo a la Resolución del Acuerdo por el que se modifican las cuantías que en concepto de complemento de atención continuada perciben los Facultativos de Atención Especializada por la realización de guardias médicas

Con fecha 20 de diciembre de 1996, en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad, se firmó un acuerdo entre las organizaciones sindicales presentes en la misma y la Administración, por el que las cuantías del denominado prorrateo de guardias médicas de los seis meses anteriores, que el Instituto Nacional de la Salud viene abonando a los Facultativos de Atención Especializada en concepto de Complemento de Productividad Variable dos veces al año, en junio y en diciembre, pase a incrementar en un sexto el valor hora actual de las guardias médicas que los Facultativos perciben en concepto de Complemento de Atención Continuada.

Por ello, de conformidad con la disposición final tercera del Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, que prevé como competencia del Gobierno la asignación de las cuantías que el personal estatutario haya de percibir en concepto de Atención Continuada y con el artículo 36 de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órgano de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas, en la redacción dada por la Ley 7/1990, de 19 de julio, se somete a la consideración del Consejo de Ministros la adopción del presente Acuerdo:

Primero.—Este Acuerdo es de aplicación al personal Facultativo adscrito a las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada dependientes del Instituto Nacional de la Salud que perciben sus retribuciones, de conformidad con el Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre. (1)

Segundo.—Se incrementa en un sexto el valor actual de la hora de guardia médica, que pasa de 1.525 pesetas/hora a 1.779 pesetas/hora. En consecuencia, a partir del 1 de enero de 1997, el valor de los distintos módulos habituales de guardias de presencia física a percibir por el personal Facultativo jerarquizado de Atención Especializada, que no se acoja a la modificación de las condiciones de trabajo previstas en el acuerdo de 22 de febrero de 1992, en concepto de complemento de Atención Continuada, será el siguiente:

Guardia de presencia física de diecisiete horas: 30.243 pesetas.

Guardia de presencia física de veinticuatro horas: 42.696 pesetas.

Tercero.—El valor de los módulos de guardias médicas realizadas por aquellos Facultativos cuyos servicios se hayan acogido a la modificación de las condiciones de trabajo, de conformidad con lo establecido en el acuerdo sindical de 22 de febrero de 1992, será el siguiente:

Guardia médica de presencia física en día laborable (doce a diecisiete horas): 30.243 pesetas.

Guardia médica de presencia física en día festivo (veinticuatro horas): 60.482 pesetas.

Cuarto.—Las guardias localizadas se abonarán al 50 por 100 del valor correspondiente al de las guardias de presencia física.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

9225 **RESOLUCIÓN** de 8 de abril de 1997, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros que modifica las cuantías que en concepto de complemento de atención continuada perciben los Facultativos de Atención Especializada por la realización de guardias médicas.

El Consejo de Ministros, en su reunión de 21 de marzo de 1997, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, aprobó el Acuerdo suscrito el 20 de diciembre de 1996 entre el Instituto Nacional de la Salud y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, por el que se modifican las cuantías que en concepto de complemento de atención continuada perciben los Facultativos de Atención Especializada por la realización de guardias médicas.

Quinto.—Con la entrada en vigor del presente acuerdo dejará de abonarse al personal Facultativo de Atención Especializada el prorrateo de guardias médicas que venían percibiendo, hasta el momento, en concepto de Productividad Variable.

Sexto.—Con independencia de lo previsto en el apartado anterior, se seguirá abonando al personal Facultativo, durante el mes de vacaciones reglamentarias, en concepto de Complemento de Atención Continuada, el promedio de lo percibido por este mismo concepto en los tres meses anteriores.

Séptimo.—Este acuerdo surtirá efectos económicos desde el 1 de enero de 1997, por lo que las guardias realizadas a partir de dicha fecha se abonarán según lo previsto en el presente acuerdo.

Anexo del Acuerdo del Consejo de Ministros sobre el incremento de un sexto en el valor de la hora de la guardia médica en Atención Especializada

Como consecuencia de reiterada jurisprudencia, a partir de 1986, todo el personal Facultativo de Atención Especializada pasó a percibir, en las dos pagas extraordinarias, un promedio de lo abonado en concepto de guardias médicas durante los tres meses anteriores al devengo de dichas pagas.

Dado que el Real Decreto-ley 3/1987 y las sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado establecieron que las pagas extraordinarias deberían estar compuestas únicamente de sueldo base, trienios y complemento de destino, excluyendo, en consecuencia, cualquier otro concepto retributivo, el personal Facultativo de Atención Especializada continuó percibiendo el citado prorrateo de guardias, ya sin formar parte de las pagas extraordinarias, sino en concepto de Productividad Variable, con un promedio de los seis meses anteriores.

Puesto que este prorrateo está retribuyendo la realización de guardias médicas por los Facultativos, parece razonable que este importe se abone como complemento de Atención Continuada y no como Productividad

Variable, procediendo, por tanto, al incremento de un sexto en el valor de la hora de guardia médica en Atención Especializada.

Por todo lo cual, en el ámbito de la Mesa Sectorial, las representaciones de la Administración Sanitaria-Instituto Nacional de la Salud y de las organizaciones sindicales CEMSATSE, CCOO., UGT, CSI-CSIF y SAE han decidido suscribir el siguiente

ACUERDO

Primero.—Incrementar en un sexto el valor actual de la hora de guardia médica en Atención Especializada.

Segundo.—En consecuencia, a partir del 1 de enero de 1997, el valor de los distintos módulos habituales de guardias de presencia física a percibir por el personal facultativo, en concepto de Atención Continuada, será el siguiente:

Guardia de presencia física de diecisiete horas: 30.243 pesetas.

Guardia de presencia física de veinticuatro horas: 42.696 pesetas.

Tercero.—El valor de los módulos de guardias médicas realizadas por aquellos Facultativos cuyos servicios se hayan acogido a la modificación de las condiciones de trabajo, será el siguiente:

Guardia médica de presencia física en día laborable: 30.243 pesetas.

Guardia médica de presencia física en día festivo: 60.482 pesetas.

Cuarto.—Las guardias localizadas se abonarán al 50 por 100 del valor señalado en los párrafos anteriores.

Quinto.—Con independencia de lo previsto en los apartados anteriores, se seguirá abonando al personal Facultativo, durante el mes de vacaciones reglamentarias, en concepto de Atención Continuada, el promedio de lo percibido por este mismo concepto en los tres meses anteriores.

(1) BOE 219, 12-9-87. BIDO 217/87

(2) R 10-6-92. BOE 159, 3-7-92. BIDO 69/92

CAPITULO I-11

**PACTOS Y ACUERDOS SINDICALES
CELEBRADOS EN EL MARCO DEL ACUERDO
SOBRE ASPECTOS PROFESIONALES,
ECONOMICOS Y ORGANIZATIVOS
EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS
DEPENDIENTES DEL INSALUD DE 22-02-92**

En Madrid a 16 de Diciembre de 1996, reunidos la Administración y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial, constituidos en grupo de trabajo, con el fin de tratar la jornada anual a realizar por el personal al servicio de las II.SS de la Seguridad Social dependientes del INSALUD, durante el año 1996 por ser año bisiesto, se toma el siguiente


ACUERDO

El personal al servicio de las II.SS. de la Seguridad Social deberá realizar durante 1996 la jornada anual que le corresponda según lo previsto en el apartado IV del Acuerdo de 22 de febrero de 1992, sin que el hecho de que 1996 sea un año bisiesto, repercuta con un incremento de horas en la misma.

En consecuencia en el supuesto de que, por esta causa, algún trabajador vaya a realizar durante 1996 un número mayor de horas al establecido en el citado Acuerdo tendrá derecho a la correspondiente compensación horaria.

Siempre que las necesidades del servicio lo permitan esta compensación se hará efectiva durante el presente año, en caso contrario se disfrutará durante el ejercicio 1997.

POR LA ADMINISTRACION



POR LOS SINDICATOS

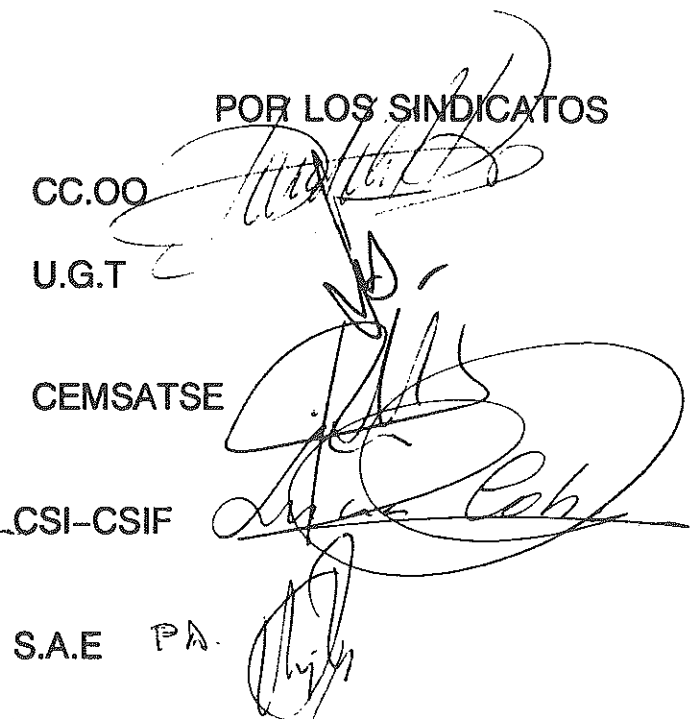
CC.OO

U.G.T

CEMSATSE

CSI-CSIF

S.A.E P.A.



de Control y Certificación de Semillas de Remolacha, aprobado el 1 de julio de 1986, y el Reglamento Técnico de Control y Certificación de Semillas de Plantas Hortícolas, aprobado por Orden de 1 de julio de 1986, respecto a la concesión de autorizaciones de Productores de Semillas, así como lo dispuesto en los diferentes Decretos de transición de funciones a las Comunidades Autónomas, relativo a los informativos, y estudiada la documentación aportada por los interesados, se tiene a bien disponer:

- Se concede el cambio de titularidad de «Petoseed Ibérica, Sociedad Anónima» por «Seminis Vegetable Seeds Ibérica, Sociedad Anónima».
 - Se concede el cambio de titularidad de «Seygra, Sociedad Anónima» por «Sesostris, S. A. E.».
 - Se concede el cambio de titularidad de «Productores de Semillas, S. A. Anónima» (Prodes) y «Maíces Híbridos, Sociedad Anónima» (Major) por «Novartis Seeds, Sociedad Anónima».
- Disposición final.—La presente Orden entrará en vigor el día siguiente a su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».
- Madrid, 5 de febrero de 1997.

DE PALACIO DEL VALLE-LEERSUNDI

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

3 *ORDEN de 28 de enero de 1997 por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Ministros del día 27 de diciembre de 1996 en el que se dispone el cumplimiento de la sentencia dictada por la Sección Sexta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en el recurso contencioso-administrativo número 1/1.988/1990, interpuesto por don Jaime Rodríguez Álvarez.*

Recurso contencioso-administrativo número 1/1.988/1990, interpuesto por la representación legal de don Jaime Rodríguez Álvarez contra la denegación en vía administrativa de su solicitud de indemnización de perjuicios derivados de la incompatibilidad del recurrente para el desempeño de un segundo puesto de trabajo en el sector público en virtud de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, se ha dictado por la Sala Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Sexta), el día 24 de septiembre de 1996, sentencia, cuya parte dispositiva es del siguiente tenor:

«Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la representación procesal de don Jaime Rodríguez Álvarez, contra la denegación en vía administrativa de su solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados de la incompatibilidad del recurrente para el desempeño de un segundo puesto de trabajo en el sector público en virtud de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, sin expresar imposición de costas.»

El Consejo de Ministros, en su reunión del día 27 de diciembre de 1996, ha dispuesto, conforme a lo prevenido en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, se cumpla en sus propios términos la referida sentencia.

Madrid, 28 de enero de 1997.—P. D. (Orden de 1 de octubre de 1993), el Subsecretario, Juan Junquera González.

Subsecretario.

7 *ORDEN de 28 de enero de 1997 por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo de Ministros del día 27 de diciembre de 1996 en el que se dispone el cumplimiento de la sentencia dictada por la Sección Sexta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en el recurso contencioso-administrativo número 1/60/1995, interpuesto por doña María del Carmen Castelló Casado.*

Recurso contencioso-administrativo número 1/60/1995, interpuesto por la representación legal de doña María del Carmen Castelló Casado

contra la denegación en vía administrativa de su solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados de la anticipación legal de la edad de jubilación forzosa, se ha dictado por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección Sexta), con fecha 23 de septiembre de 1996, sentencia, cuya parte dispositiva es del siguiente tenor:

«Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la representación procesal de doña María del Carmen Castelló Casado, contra la denegación en vía administrativa de su solicitud de indemnización de daños y perjuicios derivados de la anticipación legal de la edad de jubilación forzosa, denegación que debemos confirmar y confirmamos por encontrarse ajustada a Derecho, sin efectuar especial imposición de costas.»

El Consejo de Ministros, en su reunión del día 27 de diciembre de 1996, ha dispuesto, conforme a lo prevenido en la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, de 27 de diciembre de 1956, se cumpla en sus propios términos la referida sentencia.

Madrid, 28 de enero de 1997.—P. D. (Orden de 1 de octubre de 1993), el Subsecretario, Juan Junquera González.

Ilmo. Sr. Subsecretario.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

3868

RESOLUCIÓN de 23 de diciembre de 1996, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del texto suscrito el 20 de diciembre de 1996, en interpretación del apartado IV del Acuerdo de 22 de febrero de 1992, realizada por la Comisión paritaria de seguimiento, prevista en el mismo, en relación con el turno rotatorio, a efectos del cumplimiento de jornada del personal de las instituciones sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.

Visto el texto suscrito el 20 de diciembre de 1996, en la Comisión paritaria de seguimiento contemplada en el Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y las organizaciones sindicales más representativas en el sector, sobre diversos aspectos profesionales, económicos y de organización en las instituciones sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud, de 22 de febrero de 1992, referente a la interpretación del apartado IV de dicho Acuerdo, en relación con el turno rotatorio, a efectos del cumplimiento de jornada del personal de las instituciones sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud, esta Presidencia ejecutiva, resuelve:

Disponer su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 23 de diciembre de 1996.—El Presidente ejecutivo, Alberto Núñez Feijoo.

ACUERDO

En Madrid a 20 de diciembre de 1996, se reúne la Comisión de seguimiento de los Acuerdos de 22 de febrero de 1992, constituida por los representantes de la Administración Sanitaria (INSALUD) y las organi-

zaciones sindicales firmantes del Acuerdo (CC.OO. y UGT), como consecuencia de las distintas providencias dictadas por diferentes Tribunales de Justicia, instando a que esta Comisión de seguimiento interprete el apartado IV del citado Acuerdo, relativo a la jornada del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social dependientes del Instituto Nacional de la Salud, a cuyo efecto se manifiesta lo siguiente:

Primero.—La redacción literal del apartado cuarto de los Acuerdos de 22 de febrero de 1992, ha suscitado distintas interpretaciones, en relación al turno rotatorio, lo que ha llevado a que algunos Tribunales de Justicia fallen en el sentido de que, a aquellos trabajadores que cambien de turno, rotando entre mañana y tarde, les sea de aplicación la jornada anual de 1.530 horas.

Segundo.—Esta interpretación se aparta de la voluntad de las partes firmantes, que acordaron una jornada anual, para el turno diurno de 1.645 horas, y una jornada, para el turno nocturno, de 1.470 horas, así como un jornada para el turno rotatorio, que en todo caso es ponderada, dependiendo del número de noches realizadas al año.

A estos efectos, las partes firmantes del Acuerdo de 1992, consideraron en todo momento y sin discusión alguna que:

Turno diurno: Era el realizado por aquellos trabajadores que cumplieran su jornada anual en horario de mañana; horario de tarde; horario, unos días de mañana y otros días de tarde.

Turno nocturno: Era el realizado por aquellos trabajadores que cumplieran, en régimen permanente, su jornada anual en horario nocturno, entendiendo que el horario nocturno comienza a las veintidós horas y finaliza a las ocho de la mañana del día siguiente.

Turno rotatorio: Era el realizado por aquellos trabajadores que cubrían, con tal carácter, los turnos de noche, rotando entre los siguientes: Mañana y noche; mañana, tarde y noche; tarde y noche; es decir, incluyendo siempre el turno de noche, en cualquier sistema.

Este concepto de turno rotatorio está basado en los artículos 50.1 y 57.2 de los Estatutos Jurídicos del personal sanitario no facultativo y de personal no sanitario, respectivamente.

Tercero.—En consecuencia, lo que se acordó fue que, la jornada anual de cada profesional que realizase turnos rotatorios estaría en función del número de noches efectivamente trabajadas durante el año; en base a ello, la ponderación se efectuó entre las 1.645 horas del turno diurno y las 1.470 horas del turno nocturno, teniendo en cuenta que la jornada de 1.530 horas corresponde a aquellos trabajadores que cubran cuarenta y dos noches al año. De esta manera, y para compensar la mayor carga laboral y social que implica el trabajo nocturno en relación al diurno, la jornada anual de los trabajadores en turno rotatorio sería proporcional al número de noches trabajadas.

Cuarto.—Con independencia de las jornadas a realizar por el personal al servicio de las instituciones sanitarias reguladas en el apartado IV del Acuerdo, se acordó reconocer, a efectos únicamente económicos, un complemento por turnicidad, incluido dentro del complemento específico, a aquellos trabajadores que tuviesen que realizar su trabajo de forma alternativa por los distintos turnos, incluido el de mañana y tarde, aún cuando a efectos de jornada, estos últimos estuvieran incluidos dentro del turno diurno (1.645 horas).

CONCLUSIÓN

La Comisión de seguimiento, por unanimidad, se ratifica en lo anteriormente expuesto y hace la siguiente interpretación del apartado IV del Acuerdo de 22 de febrero de 1992:

Para que un turno tenga la consideración de rotatorio, a efectos de cumplimiento de jornada, obligatoriamente tiene que incluir la realización de noches. Por ello, queda excluido de este turno la alternancia por los horarios de mañana y tarde.

BANCO DE ESPAÑA

3869

RESOLUCIÓN de 20 de febrero de 1997, del Banco de España, por la que se hacen públicos los cambios de correspondientes al día 20 de febrero de 1997, que el Banco de España aplicará a las operaciones ordinarias que celebre por su propia cuenta y que tendrán la consideración de cotizaciones oficiales, a efectos de la aplicación de la normativa vigente que haga referencia a las mismas.

Divisas	Cambios	
	Comprador	Ver
1 dólar USA	142,625	14
1 ECU	164,048	16
1 marco alemán	84,669	8
1 franco francés	25,057	2
1 libra esterlina	229,626	23
100 liras italianas	8,515	
100 francos belgas y luxemburgueses	410,196	41
1 florín holandés	75,392	7
1 corona danesa	22,187	2
1 libra irlandesa	224,065	22
100 escudos portugueses	84,205	8
100 dracmas griegas	53,984	5
1 dólar canadiense	105,011	10
1 franco suizo	96,734	9
100 yenes japoneses	115,908	11
1 corona sueca	19,230	1
1 corona noruega	21,264	2
1 marco finlandés	28,432	2
1 chelín austriaco	12,030	1
1 dólar australiano	109,693	10
1 dólar neozelandés	98,911	9

Madrid, 20 de febrero de 1997.—El Director general, Luis Mar de Castro.

3870

RESOLUCIÓN de 18 de febrero de 1997, del Banco de España, por la que mensualmente se hacen públicos los índices de referencia oficiales para los préstamos hipotecarios a tipo variable destinados a la adquisición de vivienda.

Mensualmente se hacen públicos los índices de referencia para los préstamos hipotecarios a tipo variable destinados a la adquisición de vivienda (1).

Enero 1997:

1. Tipo medio de los préstamos hipotecarios a más de tres años para adquisición de vivienda libre:
 - a) De bancos
 - b) De cajas
 - c) Del conjunto de entidades de crédito
2. Tipo activo de referencia de las cajas de ahorro
3. Rendimiento interno en el mercado secundario de la Deuda Pública entre dos y seis años
4. Tipo interbancario a un año (Mibor)

(1) La definición y forma de cálculo de estos índices se recoge en la Circular del Banco de España 5/1994, de 22 de julio («Boletín Oficial del Estado» de 3 de agosto).

Madrid, 18 de febrero de 1997.—El Director general, Raimundo Anadón.

CAPITULO I-12

**PACTOS Y ACUERDOS SINDICALES
CELEBRADOS EN EL MARCO DEL ACUERDO
SOBRE ATENCION PRIMARIA
DE 3 DE JULIO DE 1992**

Atar, SE
2807 MADRID



FAX:
Tels: 90 335 00 00
375 00 01
335 00 02
335 00 03

PACTO SOBRE APLICACION DEL APARTADO A DEL CAPITULO SEGUNDO DE LOS ACUERDOS DE 3 DE JULIO DE 1992 A LOS MEDICOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA.

La Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones-Sindicales más representativas en el Sector sobre Atención Primaria, celebraron un Acuerdo el 3 de julio de 1992, que fué aprobado por el Consejo de Ministros en su reunión de 20 de noviembre de 1992, y publicado en el B.O.E. de 2 de febrero de 1993.

En el progresivo desarrollo de los Acuerdos citados y después de la experiencia observada en su implantación, los representantes de la Administración y de las Organizaciones sindicales CEMSATSE, CC.OO, U.G.T. Y CSIF convienen en celebrar el presente Pacto en Madrid, a veintitres de abril de mil novecientos noventa y tres:

Primero: A fin de tener actualizado el número de niños menores de 3 años, el INSALUD se compromete a facilitar la tarjeta individual sanitaria en los nacimientos ocurridos en los hospitales de su red.

Segundo: Cuando se publique la normativa que permita que la población con edades entre 7 y 14 años pueda elegir facultativo pediatra en lugar de facultativo de medicina general, será necesario reconsiderar los valores de la Tarjeta Individual Sanitaria en los grupos de edad entre 0 y 14 años, a fin de que las diferencias retributivas estén en función de los criterios sobre Productividad Fija establecidos en los Acuerdos sobre Atención Primaria de 3 de julio de 1992 (B.O.E. de 2 de febrero de 1993).

CSI + CSIF

UGT

CS 1/3

Alcañ, 56
28071 MADRID



FAX:
Tel: 91 339 00 00
339 00 01
339 00 02
339 00 03

Hasta tanto se realice dicha revisión, se pacta incrementar los valores de tarjeta y característica de puesto de trabajo de los profesionales (resultante de los Acuerdos citados más el incremento derivado de la Ley de Presupuestos para 1993) en los siguientes porcentajes:

INCREMENTOS				
	G1	G2	G3	G4
0 A 2	1,7 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %
3 A 6	122,7 %	80,6 %	65,5 %	61,3 %

Los efectos de estos incrementos se computarán a partir del 1 de enero de 1993.

Madrid, 23 de Abril de 1993.

POR CC.OO.

POR LA ADMINISTRACION SANITARIA
EL COORDINADOR DE GESTION ECONOMICA

POR CEMSATSE

POR CSIF.

POR UGT.

CS. 113

10001
10002
10003
10004
10005
10006
10007
10008
10009
10010
10011
10012
10013
10014
10015
10016
10017
10018
10019
10020
10021
10022
10023
10024
10025
10026
10027
10028
10029
10030
10031
10032
10033
10034
10035
10036
10037
10038
10039
10040
10041
10042
10043
10044
10045
10046
10047
10048
10049
10050
10051
10052
10053
10054
10055
10056
10057
10058
10059
10060
10061
10062
10063
10064
10065
10066
10067
10068
10069
10070
10071
10072
10073
10074
10075
10076
10077
10078
10079
10080
10081
10082
10083
10084
10085
10086
10087
10088
10089
10090
10091
10092
10093
10094
10095
10096
10097
10098
10099
10100



RATIFICACION POR PARTE DE LA MESA SECTORIAL DEL DIA 1 DE JUNIO DE 1993, DEL PACTO SOBRE APLICACION DEL APARTADO A DEL CAPITULO SEGUNDO DE LOS ACUERDOS DE 3 DE JULIO DE 1992 A LOS MEDICOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA.

Madrid, 1 de Junio de 1993.

POR CC.OO.

POR LA ADMINISTRACION SANITARIA
EL DIRECTOR GENERAL DE INSALUD

POR GEMSATSE.

POR CSIF.

POR UGT.

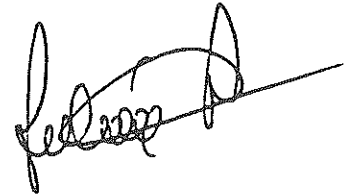
S.G. PERSONAL.



Madrid, 14 de Mayo de 1993.

Adjunto se remite para su difusión y efectos oportunos, acuerdo entre la Dirección General de INSALUD y las Centrales Sindicales CCOO, CEMSATSE, CSIF, UGT y APPNSSEU relativo a los Servicios de Urgencia y firmado el día 12 de Mayo.

EL SUBDIRECTOR GENERAL



Fdo: Julián Lobete Pastor.

DIRECTORES PROVINCIALES DEL INSALUD.

Madrid, 12 de Mayo de 1993.

Reunidas las Centrales Sindicales CC.OO, CEMSATSE, CSIF y UGT. y representantes de la Dirección General del INSALUD acuerdan:

- 1.- La Administración Sanitaria y las Organizaciones Sindicales firmantes, ante las especiales circunstancias que inciden sobre los Servicios de Urgencia, se comprometen a estudiar en profundidad y elevar propuesta sobre la organización y funcionamiento de los Servicios Normales y Especiales de Urgencia, con vista a definir su mejor adecuación en el esquema INSALUD.
- 2.- En este contexto, la definición del aspecto retributivo, de jornada del personal de dichos servicios es un componente fundamental de dichas propuestas, siempre en el marco del Acuerdo de Atención Primaria, publicado el 2 de febrero de 1993.
- 3.- Ambas partes se comprometen a analizar y negociar en su caso, a partir de 26 de mayo de 1993 las propuestas que presente la Administración y las propias centrales sobre los mencionados aspectos.
- 4.- Transitoriamente en tanto en cuanto se analizan los puntos anteriores, se respetaran las características de la organización anteriores y condiciones de trabajo al 2 de febrero de 1993.

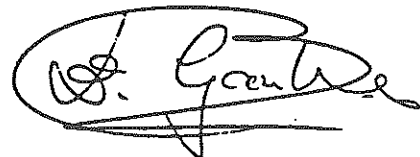
POR CC.OO

POR CEMSATSE

POR CSIF

POR UGT

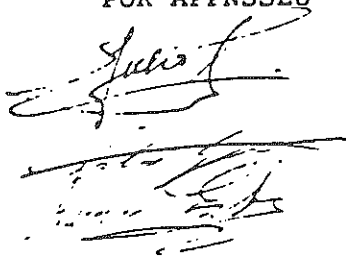
POR LA ADMINISTRACION



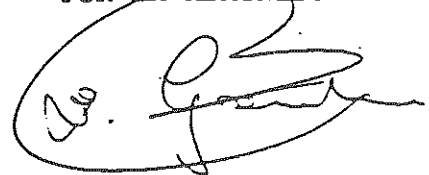
Madrid, 12 de Mayo de 1993.

Se adhiere al acuerdo de fecha 12 de mayo de 1993, el
Sindicato APPNSSEU.

POR APPNSSEU



POR LA ADMINISTRACION





ACUERDO ENTRE LA ADMINISTRACION SANITARIA DEL ESTADO Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES MAS REPRESENTATIVAS SOBRE MODIFICACION DEL COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD FIJA DE MATRONAS, FISIOTERAPEUTAS Y TRABAJADORES SOCIALES DE AREA EN ATENCION PRIMARIA.

El Acuerdo suscrito el 3 de Julio, entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector, acordó adecuar el complemento de productividad fija, que hasta el momento vienen percibiendo las categorías profesionales de Matronas, Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales de area, a las condiciones económicas establecidas en dicho Acuerdo, dada su condición de Personal de Atención Primaria.

Por ello, y una vez desarrolladas las reuniones y negociaciones pertinentes, los representantes de la Administración y de las Organizaciones Sindicales, U.G.T. y CSI-CSIF convienen a celebrar el presente acuerdo en Madrid, a 1 de Junio de 1.993 que se plasma en los siguientes apartados:

1º.- Las Matronas de Area percibirán el complemento de productividad fija teniendo en cuenta los siguientes elementos:


- Población asignada.
- Nº de mujeres en edad fértil.
- Nº de zonas básicas a atender.

En función de ello se acuerda asignar las siguientes cuantías anuales:



EN FUNCION DE LA POBLACION - ASIGNADA	EN FUNCION DEL % SOBRE TOTAL DE LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL.	EN NUMERO BASICAS	FUNCION DE A	DEL ZONAS ATENDER
		1 ZONA B	2 ZONAS B.	3 O MAS
HASTA 14.000	MENOS DEL 25% DE MUJERES EN EDAD FERTIL	187.832	296.051	388.872
	MAS DEL 25%	305.891	414.110	454.200
DE 14.001 A 17.500	MENOS DEL 25% DE MUJERES EN EDAD FERTIL	207.511	315.730	368.652
	MAS DEL 25%	325.570	433.789	471.312
DE 17.501 A 21.000	MENOS DEL 25% DE MUJERES EN EDAD FERTIL	227.189	335.409	385.764
	MAS DEL 25%	345.248	453.468	488.424
MAS DE 21.000	MENOS DEL 25% DE MUJERES EN EDAD FERTIL	246.854	355.074	402.864
	MAS DEL 25%	364.913	473.133	505.524

MA El facultados





2º.- Los Fisioterapeutas de Area percibirán el complemento de productividad fija teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Población asignada.
- N° de zonas básicas a atender.

En función de ello se acuerda asignar las siguientes cuantías anuales:

EN FUNCION DE LA POBLACION ASIGNADA	EN NUMERO BASICAS	FUNCION DE A	DEL ZONAS ATENDER
	1 ZONA B.	2 ZONAS B	3 O MAS
HASTA 25.000	163.332	274.548	388.872
DE 25.001 A 31.250	203.256	314.472	425.676
DE 31.251 A 37.500	243.180	354.396	465.600
MAS DE 37.500	283.092	394.308	505.524

3º.- Los trabajadores Sociales de area percibirán el complemento de productividad fija teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Población asignada.
- Dispersión geográfica de la zona o zonas a atender.

En función de ello se acuerda asignar las siguientes cuantías anuales:



	25.000 H.	25.000-35.000 H	35.000 H.
G1	163.332	221.652	279.948
G2	238.512	296.832	355.164
G3	313.692	332.012	430.344
G4	388.872	447.192	505.524

40.- Aquellas personas de cualquiera de los tres colectivos que, como consecuencia de la aplicación del nuevo sistema de abono del complemento de productividad fija, experimentaran una disminución en la percepción de dicho complemento, se les garantizará el mantenimiento de las mismas cuantías anuales que vinieran percibiendo por el mencionado concepto retributivo.

50.- La Dirección General del Insalud, dentro de su política de planificación, y en la medida que los recursos y la capacidad organizativa así lo permitan, tenderá al establecimiento de ratios optimos que determinen la población atendida por profesional, que en el caso de Matronas de Area deberá ser la población correspondiente a 3.500 mujeres en edad fértil y en el caso de Fisioterapeutas y Trabajadores sociales 25.000 habitantes.

60.- El apartado 60 del Acuerdo de 3 de Julio, relativo al tratamiento económico de los desplazamientos que el Personal de los Equipos de Atención Primaria deba realizar en el ejercicio de su jornada laboral, se hará extensivo a éstos tres colectivos. Para ello, en la Mesa de seguimiento correspondiente, se determinarán las cuantías para cada tipo de situación, asignando el montante económico que corresponda al Area.

POR LA ADMINISTRACION,
EL DIRECTOR GENERAL
DEL INSALUD,

POR U.G.T,

POR CSI-CSIF



Las Instrucciones de la extinta Dirección General del INSALUD de 15 de febrero de 1996 establecieron que las Matronas, Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales de Area en Atención Primaria percibirían, con carácter provisional, en concepto de productividad variable, la diferencia entre la productividad que les corresponde en función de la población atendida y de las zonas o calificación de los equipos asignados y las cuantías que vienen percibiendo en concepto de productividad fija.

Con el fin de que esas cantidades queden consolidadas en las retribuciones de estos colectivos, los representantes de la Administración Sanitaria-INSALUD y de las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial, CEMSATSE, CC.OO., UGT, CSI-CSIF y SAE, reunidos en Madrid el día 20 de diciembre de 1996, han decidido suscribir el siguiente

P A C T O

A partir del próximo 1 de enero de 1997, la productividad variable reconocida con carácter provisional, a las Matronas, Fisioterapeutas y Trabajadores Sociales de Area en Atención Primaria en las Instrucciones de la extinta Dirección General del INSALUD de 15 de febrero de 1996, pasará a hacerse efectiva en concepto de productividad fija.

POR LAS ORGANIZACIONES SINDICALES,

CEMSATSE,

UGT,

CC.OO.,

CSI-CSIF,

SAE,

POR LA ADMINISTRACION,

EL DIRECTOR GENERAL DE
RECURSOS HUMANOS,

Fernando Vicente Fuentes

CAPITULO I-13

**OTROS ACUERDOS Y PACTOS
CELEBRADOS CON CENTRALES SINDICALES**

Alcalá, 56
28071 MADRID

FAX:
Telfs: (91) 338 00 00
338 00 01
338 00 02
338 00 03



ACUERDOS INSALUD - CEFIR

Los Médicos residentes del INSALUD venían realizando un número de guardias de presencia física que garantizaban su proceso de formación como especialistas así como su colaboración en la cobertura de la atención continuada de nuestros Centros Sanitarios.

La retribución estaba basada en un sistema de módulos, con un importe fijo hasta las 92 horas al mes por encima de la jornada ordinaria, con independencia del número de horas que realmente realizaran y una disminución del valor retributivo a partir de esas 92 horas.

Al ser declarado por el Tribunal Supremo nulo de pleno derecho el Acuerdo de 15 de abril de 1.988, el INSALUD volvió a regularlo buscando los siguientes criterios:

- a) Abono de las guardias realmente realizadas, siguiendo el mismo procedimiento que en el resto del personal facultativo.
- b) Mantenimiento de las cantidades globales destinadas a la retribución de dicha actividad para el año 1.994.

Este nuevo sistema, mas realista y justo, ha supuesto la modificación de las retribuciones individuales y por centros; y aunque en ningún momento se ha buscado por parte del INSALUD una reducción del gasto, la medida ha generado perjuicios individuales importantes, así como un malestar en el colectivo que ha hecho necesario el establecimiento de un proceso negociador, que tras varias reuniones ha desembocado en el presente ACUERDO.

ACUERDO ALCANZADO ENTRE EL INSALUD Y LA CEFIR EN LA REUNIÓN DEL DÍA 16 DE MAYO DE 1.994.

Reunidos en Madrid, el día de la fecha, en la sede central del Insalud, de una parte como representantes del Insalud:

D. JOSE LUIS TEMES MONTES, Director General del INSALUD.
D. JULIÁN LOBETE PASTOR, Secretario General del INSALUD.
D. JUAN MANUEL MARÍN LORENTE, Coordinador de Atención Sanitaria
D^a CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO, Subdirectora General de Atención Especializada y
D. JOSÉ MANUEL RUBIN GARCÍA, Director Gerente del Hospital "Marqués de Valdecilla" de Santander.

y de otra representando a la Coordinadora Nacional de Residentes (CEFIR):

D. ALBERTO RIERA GARCIA, Hospital "M. de Valdecilla" Santander
D. JOSE AGUILAR JIMENEZ, Hospital "V. Arrixaca" Murcia
D. DOMINGO CAÑIZO FERNANDEZ, Hospital Univ. de Valladolid
D. VICENTE GOMEZ TELLO, Presidente CEFIR, Madrid
D. EDUARDO GARCIA RICO, Vicepresidente CEFIR, Madrid
D^a ALMUDENA DIAZ, del Hospital "Clínico S. Carlos", de Madrid

acuerdan:

- 1.- La desconvocatoria de todas las medidas de presión.
- 2.- La constitución inmediata en cada uno de los centros hospitalarios en donde existen facultativos en período de formación, de Comisiones Técnicas paritarias.

Estas comisiones estarán compuestas por un mínimo de 3 y un máximo de 5 miembros por cada una de las partes (administración y representantes de los residentes) y asistirá con voz pero sin voto el presidente de la Comisión de Docencia de cada centro, pudiendo recabarse la presencia de los tutores de cada una de las especialidades acreditadas en el centro si así se considerase necesario.

Los objetivos de esta comisión son analizar el impacto del cambio en el modelo retributivo, tanto en el proceso de formación de los residentes, como en la organización de la asistencia y en los niveles retributivos teniendo como base los siguientes criterios:

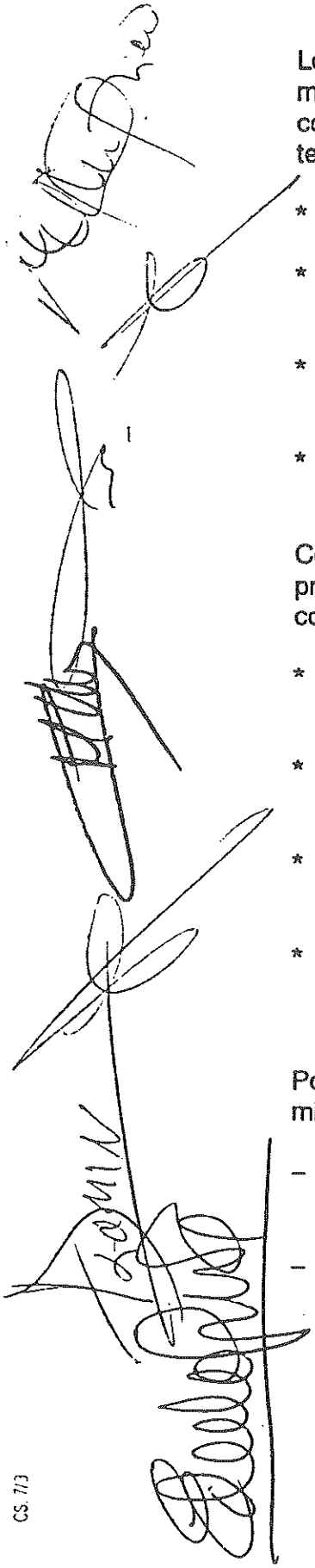
- * Mantenimiento o incremento del proceso formativo.
- * Mejora de la organización de la atención continuada en los centros sanitarios.
- * Incremento de las actividades orientadas a mejorar la calidad asistencial y la atención a los usuarios.
- * Mantenimiento de los niveles retributivos del colectivo, dentro de los márgenes presupuestarios.

Como criterio general de funcionamiento de dichas comisiones se propone que las propuestas concretas de cada comisión tenga en consideración:

- * El reconocimiento de los servicios que se venían prestando con anterioridad.
- * El refuerzo y apoyo de los residentes de los últimos años a los residentes de primer año.
- * Que todas las actividades asistenciales que se propongan tengan fundamentalmente criterios formativos.
- * Que globalmente se considere como referente en la negociación, el gasto real del año 1993, tanto a nivel de centro como del servicio afectado.

Por parte de las gerencia de los centros se pondrá a disposición de los miembros de la comisión paritaria la siguiente información:

- Gasto real del año 1993, desglosado por mensualidades por este concepto (atención continuada).
- Gasto real del año 1994, desglosado también por mensualidades.



- 3.- Las comisiones paritarias de cada centro deberán tener finalizado su análisis antes del 31 de julio de 1994 y elevaran una propuesta a la Mesa central.

Si por motivos justificados no se pudieran cerrar acuerdos en la fecha señalada la Mesa central podría ampliar el plazo hasta el 31 de Agosto de 1994 y este plazo sólo podría ser revisado excepcionalmente y previo acuerdo de las partes.

- 4.- Durante este período y buscando el criterio básico de minimizar el impacto económico desfavorable se establece una cláusula de salvaguarda definida en los siguientes términos:

- a.- Será de aplicación a todos los facultativos residentes que vieran reducidas sus retribuciones por el concepto de atención continuada por debajo de las 78 horas mensuales.(incluidos los residentes de primer año).
- b.- No será de aplicación a los residentes que perciban retribuciones por el concepto de atención continuada, por encima del valor de 78 horas.
- c.- Se aplicará a partir del presente mes / durante el tiempo que dure el trabajo de las Comisiones. Si el 31 de julio se hubieran finalizado los mismos, esta cláusula se aplicará asimismo el mes de agosto.

- 5.- A fin de garantizar la correcta aplicación y el seguimiento de estos acuerdos, se establecerá una Mesa Central de seguimiento entre el INSALUD y la Coordinadora CEFIR.

... (sigue)

Nota aclaratoria a los Acuerdos alcanzados entre el INSALUD y la CEFIR el pasado día 16 de Mayo.

Como desarrollo a los acuerdos firmados el pasado día 16 con la CEFIR quiero transmitirte las siguientes instrucciones:

- a) Se deberá convocar por parte de la Gerencia de cada Centro, en donde existan facultativos en período de formación a los representantes de los MIR de la Institución para constituirse las comisiones Técnicas Paritarias que estudien la aplicación del acuerdo obtenido.
- b) Las propuestas irán destinadas a mejorar la atención continuada de los centros sanitarios, tanto en lo referente a las guardias médicas como a otras actividades asistenciales-formativas.
- c) Las guardias MIR se abonarán con arreglo a lo acordado por el Consejo de Ministros de 29 de Diciembre de 1993. Las otras actividades que se acuerden, serán retribuidas según valor real de la hora normal.
- d) Que en ningún caso se propondrán acuerdos que superen en la negociación el gasto real del año 1993 de ese Centro de Gasto.
- e) Se deberá tener en cuenta la opinión de la Comisión de Docencia y en cada caso de los tutores docentes de la especialidad, de forma que se garantice el proceso formativo del MIR.
- f) Las comisiones tendrán elaboradas sus propuestas antes del 31 de Agosto de 1994 de forma inexcusable y del 31 de Julio de manera general.

g) Durante ese período se abonará a todos los MIR del INSALUD (Incluidos los R1). en el concepto "regularización de nómina" las 78 horas recogidas en la cláusula de salvaguarda del acuerdo.

h) Las guardias del mes de Abril en aquellos centros en los que se haya elaborado la nómina, se actualizarán con arreglo al espíritu de lo pactado (ver cláusula 4.C); aplicándose los descuentos que fueran procedentes por la participación de cada profesional en la convocatoria de huelga.

Cualquier duda o aclaración que pueda surgir en la aplicación de los presentes acuerdos ruego me las trasmitas a la mayor brevedad posible.

Recibe un cordial saludo,



Juan Manuel Marín Lorente

**SRES. DIRECTORES PROVINCIALES Y GERENTES DE
ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y PRIMARIA.**

En Madrid a 22 de julio de mil novecientos noventa y cinco, reunidos, de una parte, D^a. CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO, Directora General, en representación del Instituto Nacional de la Salud, y de otra, D.VICENTE GARCÉS SANRUPERTO, Secretario General de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (C.E.S.M), en representación de dicha Organización Sindical y del Comité de Huelga, reconociéndose mutuamente capacidad suficiente a estos efectos.

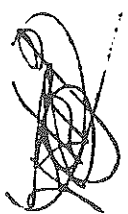
MANIFIESTAN

Que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (C.E.S.M), mediante escrito de fecha 24 de abril de 1995, y por los motivos que en el mismo se indican, declaró huelga indefinida, que se inició el 8 de mayo de 1995 y que ha afectado al personal médico y facultativo jerarquizado, que presta sus servicios en Atención Especializada en el sector INSALUD-GESTIÓN DIRECTA.

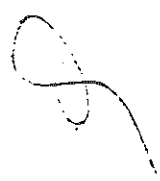
Que el mencionado conflicto se ha desarrollado durante los meses de mayo y junio en los centros sanitarios del INSALUD, habiendo sido declarada una tregua en el mismo, previa la actuación del mediador aceptado por ambas partes, según documento de fecha 22 de junio de 1995, firmado el día 24 del mismo mes. En dicho documento se aceptaron determinados compromisos y se programaron una serie de reuniones para concretar el contenido de los mismos.

Que, como consecuencia de las negociaciones llevadas a cabo, con la presencia e intervención del mediador, y en el marco del Acuerdo Administración-Sindicatos, para el período 1995-1997, sobre condiciones de trabajo en la Función Pública, suscrito el 15 de septiembre de 1994, conforme a la adaptación del mismo al ámbito sanitario ofrecida al conjunto de las Organizaciones Sindicales en la Mesa Sectorial de Sanidad del pasado día 28 de abril en lo que resulte de aplicación, ambas partes.

ACUERDAN



1.- Suscribir los siguientes documentos cuyos textos figuran como Anexos al presente Acuerdo:

- 
- Lista de espera azul.
 - Adecuación retributiva para 1995.
 - Adecuación retributiva para 1996-1997.

- Estabilidad en el empleo.
- Seguro de Responsabilidad Civil.
- Avance en la adecuación de la Atención Continuada (Guardias médicas).
- Avance en la adecuación de la organización hospitalaria.

2.- El Comité de Huelga designado por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (C.E.S.M), procede, en este mismo acto, a la desconvocatoria formal de la huelga indefinida planteada con fecha 24 de abril de 1995, en aplicación de lo previsto en el art. 8.2 del Real Decreto-Ley 17/1977, de 4 de marzo, sobre relaciones de trabajo.

3.- A fin de hacer frente a las obligaciones económicas que se deriven de los presentes acuerdos, el INSALUD llevará a cabo las oportunas gestiones para que en el Proyecto de Presupuestos para 1996 figuren las cantidades necesarias que permitan cumplir los correspondientes compromisos.

4.- Ambas partes, en aplicación de los artículos 30 y siguientes de la Ley 9/87, de 12 de junio, en su redacción dada por la Ley 7/90, de 19 de julio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas, asumen el compromiso de elevar el presente Acuerdo, con carácter inmediato, y para su articulación a la Mesa Sectorial de Sanidad.

A tal fin, se constituye una Comisión de Seguimiento de este Acuerdo, cuyos miembros serán designados por las partes firmantes del mismo, en el plazo máximo de una semana, a contar desde su firma. Dicha Comisión se reunirá como mínimo cada trimestre y, en todo caso, cuando lo solicite una de las partes.

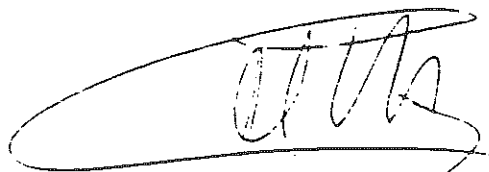
El desarrollo y seguimiento del presente Acuerdo se ajustará a los principios de buena fe y confianza mutua, así como al marco legal vigente.

EL SECRETARIO GENERAL DE LA C.E.S.M
En la representación ostentada en
este documento.



VICENTE GARCÉS SANRUPERTO.

LA DIRECTORA GENERAL



CARMEN MARTÍNEZ AGUAYO.

"LISTA DE ESPERA AZUL"

Madrid, 5 de julio de 1995

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) propone al INSALUD la elaboración de una "lista de espera azul", integrada por los pacientes afectados por el conflicto, con el fin de que los facultativos puedan darles cobertura asistencial lo antes posible.

Es decir, en la "lista de espera azul", se incluyen los pacientes citados en el período del conflicto médico hospitalario (entre el 8 de mayo y el 27 de junio) para intervenciones quirúrgicas programadas o consultas externas, y que no fueron atendidos al no ser casos urgentes o inaplazables. Los casos que ya hubiesen sido atendidos deberían ser sustituidos por otros pacientes afectados por similar patología.

La CESM entiende que este esfuerzo voluntario de los médicos de paliar el aumento de las listas de espera experimentado durante el conflicto, "lista de espera azul", debe realizarse sin merma en la dedicación que cada paciente precise, ni en detrimento de la calidad asistencial. A este fin, la Administración proporcionará el dispositivo de personal sanitario y no sanitario, así como la habilitación de locales, consultas, quirófanos, etc. y revisión del equipamiento que, para este fin, se necesite.

La propuesta de realizar estas actuaciones antes de final de año es, no obstante, adicional al compromiso ya asumido por los médicos el pasado sábado 24 de junio, cuando, en el documento firmado por la CESM y la Administración Sanitaria, los médicos se comprometieron a estudiar pormenorizadamente las listas de espera existentes en cada área sanitaria, hospital y servicio, y proponer los mecanismos necesarios para agilizar su resolución, todo ello con el espíritu de poder prestar un mejor servicio a los pacientes afectados.

De acuerdo con los planteamientos de mejora de la organización hospitalaria y de la calidad asistencial que originaron este conflicto, junto a la corrección de los actuales desequilibrios económicos, la CESM propone la siguiente metodología para la elaboración y solución de la lista de espera azul.

- A.- En cada centro se constituirá de inmediato una Comisión Mixta, entre la Dirección Médica del mismo y los facultativos componentes de la Junta Técnico-Asistencial (facultativa) con el fin de evaluar, contrastar y valorar la demora adicional producida en el hospital y sus distintos servicios. En caso de que fuere preciso recabar datos relativos a los

efectos asistenciales del conflicto, un representante de la ~~comisión~~ de seguimiento de la Huelga del Centro podría actuar puntualmente de asesor de la misma.

- B.- La "lista de espera azul" de cada servicio se trasladará al Jefe de Servicio correspondiente, que deberá reunirse con la totalidad de integrantes del mismo y proponer la planificación adecuada para su solución.

El Servicio médico será el responsable de buscar una solución individual de cada caso clínico de su "lista de espera azul" y de personalizar su solución, con el fin de prestar un mejor servicio a los pacientes afectados.

- C.- Posteriormente, la Comisión Mixta se reunirá con los Jefes de Servicio para articular la puesta en marcha de los acuerdos adoptados.

- D.- La Dirección Médica, junto con la Comisión Mixta, adecuará a la nueva situación surgida tras el conflicto los mecanismos que tiendan a conseguir la actividad normal establecida para 1995 en el Hospital, incluyendo la denominada "lista de espera azul" de cada Servicio, con los mismos criterios de calidad que para el resto de la asistencia y sin que suponga alteración de horarios que no fueren voluntarios. Igualmente, se arbitrarán los mecanismos económicos que incentiven esta normalización de la actividad para todos los facultativos del centro.

- E.- Estas medidas se entienden como transitorias y específicas para la resolución del problema de la "lista de espera azul".

- F.- La Comisión Mixta creada al efecto en cada centro se reunirá mensualmente para el seguimiento y valoración de estas medidas.

- G.- El inicio de la evaluación y organización de las medidas precisas para solucionar la "lista de espera azul" de cada Servicio, debe tener lugar durante el mes de julio, con el fin de posibilitar su inmediata resolución en el momento que se reúnan las condiciones normales de funcionamiento del hospital.

Madrid, 5 de Julio de 1995

Tratado de Licencia en base de los 5 de Julio de 95
VIMM

**ADECUACION RETRIBUTIVA
PARA 1995**

La relevancia que los médicos y demás facultativos tienen en el funcionamiento ordinario de los hospitales y en la consecución de los objetivos asistenciales que demanda la población, hace necesaria la adopción de medidas encaminadas a mejorar su vinculación al sistema sanitario, su participación y su motivación.

Junto a ello, la demanda sanitaria de la población protegida por el INSALUD ha experimentado cambios relevantes que, en lo relativo a la atención especializada, hacen necesaria la adopción de una serie de medidas para adecuar la oferta de los servicios hospitalarios del Instituto.

Dicha adecuación debe estar orientada al progresivo establecimiento de medidas que mejoren la oferta a la población, relacionándola más estrechamente con las demandas de ésta, y que faciliten alcanzar los objetivos que anualmente establece el INSALUD.

Para 1995, la mejora de la oferta de servicios se relaciona con los siguientes objetivos:

- 1.- *Implantación generalizada de la libre elección de especialista, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia y la relación médico-enfermo.*

Ref. 37m006

2.- *Potenciación de los elementos que inciden en la mejora de la calidad asistencial hospitalaria.*

Por otra parte, el INSALUD es consciente del desequilibrio existente actualmente en las retribuciones estables de los facultativos de atención especializada y considera necesario avanzar en la adecuación de las mismas.

La citada adecuación habrá de estar vinculada en todo caso a los objetivos expresados anteriormente que se acordarán con todos y cada uno de los Servicios/Unidades a través de su correspondiente Responsable, en la forma que se detalla en el siguiente párrafo. Tal acuerdo conllevará la percepción por parte de todos los facultativos del Servicio/Unidad que participen en la consecución de los mismos, incluidos los profesores con plaza vinculada, de la cantidad de 30.000 ptas mensuales en concepto de productividad fija, retribuibiles y consolidadas a partir de julio de 1995.

En cada centro se constituirá de inmediato una Comisión Mixta entre la Dirección Médica y los facultativos componentes de la Junta Técnico Asistencial que, oídas el resto de las Comisiones Clínicas Hospitalarias, adaptará los mencionados objetivos a la realidad de cada Centro, y participará en la evaluación final anual del grado de cumplimiento de los mismos según los criterios establecidos en cada caso.

ADECUACION RETRIBUTIVA 1996-1997

La adecuación retributiva para 1996 de los facultativos habrá de estar vinculada a los objetivos asistenciales que con carácter general establezca la Dirección General del INSALUD. Igualmente la Dirección General del INSALUD aplicará de manera inmediata aquellos aspectos en relación a la participación de los facultativos que se desprendan de las conclusiones de la Mesa Técnica a la que hace referencia el apartado 5 del Documento de Acuerdo: "Avance en la adecuación de la organización hospitalaria".

En ese sentido, entre octubre de 1995 y marzo de 1996, se desarrollará progresivamente un proceso para descentralizar la toma de decisiones en los distintos Servicios y Unidades durante 1996.

En cada Centro hospitalario la Comisión Mixta adecuará los criterios y objetivos generales del INSALUD a la realidad específica del Centro y, en concreto a cada Servicio o Unidad, de forma que estos, dentro de los criterios y política general del Centro, asuman su responsabilidad en los siguientes aspectos:

- * Organización interna de los servicios médicos.
- * Organización del proceso asistencial.
- * Gestión de pacientes.

- * Adecuación y propuestas de compras y suministros.
- * Adecuación y propuestas de equipamiento.
- * Gestión del proceso formativo y de investigación.

La Dirección del Centro, de acuerdo con la Comisión Mixta, iniciará un proceso de asignación de recursos a cada Servicio o Unidad, referido a los créditos correspondientes a productos farmacéuticos y suministros, ligándolos a la buena práctica clínica y contemplados en condiciones homogéneas. Para ello se deberá tener en cuenta el gasto incurrido por el Centro en los dos últimos ejercicios.

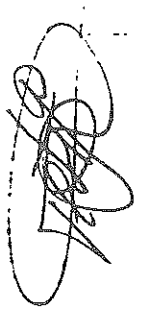
Para 1996 ambas partes convienen un incremento medio de actividad unitaria en torno al 5% sobre la realizada en 1995, y una mejora de la gestión global del 5% en los conceptos de productos farmacéuticos, material y suministros sanitarios.

Esta última mejora de gestión global se entiende como la disminución en 5 puntos porcentuales sobre la cifra resultante de aplicar la tasa de crecimiento estimada para los presupuestos del INSALUD de 1996 (6,2%, *cifra provisional pendiente de verificar*) sobre el gasto en productos farmacéuticos y suministros estimado para 1995 (97.000 millones de ptas). Es decir, el objetivo se fija en reducir el 5% sobre unos 104.000 millones de ptas, lo que equivale a unos 5.150 millones de ptas.


Por otra parte, dado el interés de ambas partes en la consecución de estos dos objetivos, se mantendrá la máxima

transparencia en el seguimiento de los mecanismos previstos en este Acuerdo.


Desde el 1 de enero de 1996 el incremento retributivo pactado para 1995 se aumentará en 8.000 ptas mensuales por idéntico procedimiento al fijado para este último año, adaptándose los objetivos a los correspondientes de 1996.



Adicionalmente a esta cantidad, durante 1996 el INSALUD incentivará al personal facultativo de todos los servicios y unidades (incluidos los profesores con plaza vinculada), en concepto de productividad por objetivos, a través de una parte de los recursos que se generen por la mejora de la gestión, estimados en 3.000 millones de ptas para los facultativos, junto con 1.000 millones de ptas transferidos del concepto de atención continuada, que vienen percibiendo actualmente los facultativos.



Dicho incentivo se vinculará a la previa consecución de los objetivos asistenciales y de mejora de la eficiencia pactados en este documento. La cuantía correspondiente se distribuirá entre los Centros fundamentalmente en función del número de facultativos y se tendrá en cuenta también la aportación de cada hospital a la consecución de los objetivos anteriormente mencionados. La Comisión Mixta, según el grado de cumplimiento de los objetivos acordados con cada uno de los Servicio o Unidades, establecerá los criterios concretos de asignación.



En razón del cumplimiento de objetivos, se destinarán con carácter trimestral 600 millones de ptas para este programa de incentivos, mediante asignaciones provisionales. En el cuarto trimestre se ajustarán estas cantidades en consideración al grado de cumplimiento definitivo de dichos objetivos, hasta completar la cantidad máxima fijada a este fin.


En virtud del grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales y del nivel de eficiencia del Centro, la Comisión Mixta podrá proponer a la Dirección la realización de actividades por encima de las pactadas para cada uno de los años. En este sentido, la Dirección General del INSALUD autorizará para cada Centro el volumen de actividad, así como las características de la misma. El INSALUD prevé destinar en torno a 1.000 millones de ptas a la financiación de la actividad que se autorice realizar a los Centros por encima de la acordada para 1996.

En 1997 se continuará con la adecuación retributiva de los médicos y demás facultativos hospitalarios del INSALUD, relacionándose ésta con los objetivos y programas que se establezcan para dicho año. En el mes de junio de 1996 se acordarán las posibles mejoras de actividad y de gestión susceptibles de alcanzar en 1997, así como las dotaciones adicionales que conllevarían dichas mejoras.


Madrid, 20 de julio de 1995.

ESTABILIDAD EN EL EMPLEO.


ACUERDO DEFINITIVO.



En el momento actual existe en nuestros hospitales un porcentaje de facultativos interinos excesivamente alto. Consciente de ello, el INSALUD se compromete a incrementar la estabilidad laboral del colectivo mediante la realización de autorizaciones de empleo público organizadas en convocatorias cíclicas. En el Grupo de Trabajo sobre Empleo de la Mesa Sectorial de Sanidad se procederá, con carácter inmediato, al estudio y formulación de propuestas para la cobertura de las correspondientes plazas.



Además, considerando la problemática que puede surgir en relación con el personal interino desplazado por dichas convocatorias, el INSALUD propondrá a la Mesa Sectorial la realización de un estudio que permita determinar fórmulas de selección temporal que contemplen y valoren suficientemente los servicios prestados y faciliten su reubicación.



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

ACUERDO DEFINITIVO.

El INSALUD ha contratado una Póliza de Responsabilidad Civil que cubre a todo su personal, incluidos los facultativos, con vigencia desde el 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995 y un límite inferior de 1 millón de ptas. Sobre este último aspecto, el INSALUD se compromete a asumir el pago de las indemnizaciones inferiores a dicha cuantía que resulten imputables a la responsabilidad civil de su personal, a través de los mecanismos que sean más adecuados a tal fin.

En documento adjunto se recoge un resumen de las condiciones del Contrato de Seguro que, en lo que respecta a los límites cubiertos, se concretan en 50 millones de ptas por víctima y 100 millones de ptas por siniestro, sin que exista límite máximo anual para la responsabilidad civil profesional.

El INSALUD, se compromete igualmente a prorrogar para años sucesivos el referido seguro de Responsabilidad Civil en condiciones similares a las del presente ejercicio. A través de las unidades correspondientes, se facilitará información a la CESM y otras Organizaciones Sindicales representativas en el sector sobre las características del Contrato y sobre la tramitación de los siniestros. Además, el INSALUD informará a dichas Organizaciones:

- de manera inmediata, sobre el procedimiento de tramitación de las reclamaciones efectuadas con cargo al Seguro de Responsabilidad Civil y sobre la defensa jurídica de los facultativos;
- durante el último trimestre de 1995, sobre las características previstas para la póliza de 1996; y
- durante el primer trimestre de 1996, sobre la siniestralidad registrada en el año 1995.

Anexo: Resumen de los condiciones del Contrato de Seguro.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

RESUMEN DE LAS CONDICIONES DEL
CONTRATO DE SEGURO

¿ QUE EXCLUYE ?

Quedan excluidos, entre otros, los siguientes riesgos:

- a) Los que se pueden producir directamente en ejecución de actos administrativos normativos.
- b) Daños causados a terceras personas como consecuencia de que el Asegurado o personas de las que responda civilmente, ejerzan una actividad profesional para la cual no tuvieran la debida capacidad profesional o autorización legal.
- c) La responsabilidad resultante de intervenciones médicas o quirúrgicas, o de actividades sanitarias no incluidas en la Asistencia de la Seguridad Social.
- d) La responsabilidad derivada de la utilización de procedimientos curativos y de medios ajenos a la buena y reconocida práctica médica o que no hayan recibido reconocimiento de entidades científicas o de profesionales médicos de reconocido prestigio, o que estén considerados como experimentales.
- e) Las consecuencias de recetar y/o administrar productos farmacéuticos no aprobados por la Autoridad Sanitaria.
- f) Las reclamaciones fundadas en pactos o acuerdos que modifiquen la legalmente exigible en ausencia de ellos.
- g) El pago de multas, penalizaciones y/o sanciones impuestas por los Tribunales y demás Autoridades.
- h) Queda excluido cualquier daño inmaterial que no sea consecuencia de daños materiales y/o corporales, garantizados por el contrato.
- i) La derivada de la realización de ensayos clínicos tal y como se encuentran regulados en el R.D. 561/1993 de 16 de Abril
- j) Reclamaciones derivadas de daños meramente estéticos por no haber obtenido la finalidad propuesta en la operación de cirugía plástica, no reparadora.
- k) Reclamaciones por daños que caigan en el ámbito del seguro obligatorio de R.C. de Instalaciones Radiactivas según lo dispuesto en la Ley 15/1964 de 29 de Abril de 1.964 sobre energía nuclear.
- l) La Responsabilidad del INSALUD y de sus asalariados por daños que tengan su origen en actos dolosos o derivados de la infracción o incumplimiento voluntario e injustificado de las normas que rigen las actividades objeto del seguro, con excepción de la responsabilidad civil subsidiaria que pudiera corresponder al INSALUD, en su condición de empleador.




1º.- ¿ CUAL ES EL OBJETO DEL SEGURO ?

El Contrato tiene por objeto el aseguramiento de la responsabilidad que durante la vigencia del mismo pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al personal Asegurado, por daños o perjuicios corporales y/o materiales, y/o consecuenciales consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus funciones, así como la responsabilidad solidaria, subsidiaria o directa que pudiera corresponder al propio Instituto por tales daños o perjuicios.

¿ QUE CUBRE ?

El Contrato se suscribe como un todo riesgo de responsabilidad, de forma que, salvo aquellas responsabilidades que estén expresamente excluidas en el contrato de seguro, todas las demás en las que incurra el Asegurado se encuentran cubiertas hasta los límites establecidos.

A título meramente enunciativo y no limitativo se garantizan las siguientes responsabilidades del Asegurado:

- 
- a) Riesgos profesionales derivados de la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica (ordinaria y de urgencia), prestada con medios propios, tanto en atención primaria como especializada, así como, la prestada con carácter de ayuda humanitaria.
 - b) Riesgos profesionales de las actividades complementarias de Administración, Dirección, Mantenimiento, Hostelería, Docencia, Investigación, Formación, etc.
 - c) Las responsabilidades derivadas para el INSALUD en su condición de empleador frente a sus empleados y asalariados.
 - d) La responsabilidad por estos mismos riesgos imputable al INSALUD por el funcionamiento de los servicios públicos que presta.
 - e) Riesgos profesionales por la actuación del personal recogido como Asegurado en la póliza durante actuaciones propias de la atención domiciliaria y traslado de enfermos.
 - f) El pago de las costas y gastos judiciales o extrajudiciales inherentes al siniestro.
 - g) La constitución de las fianzas judiciales exigidas al Asegurado para garantizar su responsabilidad civil.
 - h) La fianza y defensa criminal.

2º.- ¿ QUIEN ESTA ASEGURADO ?

Tienen la condición de Asegurado en el Contrato:

- a) El personal sanitario, facultativo y no facultativo, y no sanitario, incluido el personal directivo y funcionario, en el ejercicio de sus actividades profesionales por cuenta del INSALUD. Se entenderá incluido en esta condición al personal en formación bajo contrato específico con las Instituciones Sanitarias del INSALUD.
- b) El INSALUD.

La condición de Asegurado se aplicará a todo el personal que presta servicios en los Centros del INSALUD, cualquiera que fuera su situación administrativa (en propiedad, contratado, interino, etc.), siempre que sean servicios remunerados por cuenta del Instituto; y con excepción del personal en la situación de "comisión de servicios", en Entidades, Centros o Instituciones no pertenecientes al INSALUD. Quedan comprendidos quienes presten servicio en el INSALUD en comisión de servicio procedentes de otras Administraciones Públicas. Quedan excluidos los Centros concertados, salvo el personal del INSALUD que por cuenta de éste presten servicios asistenciales en los mismos.

3º.- ¿ QUIENES TIENEN LA CONSIDERACION DE TERCEROS ?

Tendrán la consideración de Terceros a los efectos del Contrato:

- a) Los Asegurados en su calidad de usuarios de la asistencia y de los servicios del INSALUD.
- b) Cualquier persona física o jurídica distinta de los Asegurados, siempre que acredite haber sufrido perjuicios o daños evaluables económicamente, como consecuencia de las actividades del INSALUD y del personal dependiente del mismo.

4º.- ¿ QUE LIMITES DE INDEMNIZACION SE ESTABLECEN ?

Las garantías del contrato se establecen considerando los siguientes límites de indemnización:

R. CIVIL PROFESIONAL: Se entenderá por tal, cuando los daños o perjuicios corporales y/o materiales y/o consecuenciales consecutivos sean debidos a actos negligentes (por acción u omisión) del personal sanitario, tanto facultativo como no facultativo, entendiéndose por tal, todo aquel personal sanitario vinculado con el INSALUD por relación de tipo tanto funcional como estatutaria o laboral.

Ptas.: 100.000.000'- (CIENT MILLONES DE PESETAS) por siniestro.

R. CIVIL DE EXPLOTACION: Se entenderá por esta responsabilidad todos los daños o perjuicios corporales y/o materiales y/o consecuencias consecutivos, cuya responsabilidad no sea imputable al personal sanitario descrito anteriormente.

Ptas.: 1.000.000.000'- (MIL MILLONES DE PESETAS) por siniestro y anualidad de seguro.

SUBLIMITE POR VICTIMA O LESIONADO:

Ptas.: 50.000.000'- (CINCUENTA MILLONES DE PESETAS) por victima.

Se entenderán garantizados los gastos y la imposición de las fianzas dentro de los límites anteriormente indicados.

5º.- ¿ CUAL ES LA DURACION DEL CONTRATO Y LOS SINIESTROS OBJETO DE COBERTURA ?

El periodo de vigencia del contrato es desde las 0 horas del día 1 de Enero de 1.995 hasta las 24 horas del día 31 de diciembre de 1.995, prorrogándose por mutuo acuerdo de las partes.

Se garantizan todos los siniestros acaecidos por las acciones u omisiones culposas negligentes cometidas durante el periodo de vigencia del contrato. Siempre y cuando la reclamación se formule dentro del periodo de vigencia hasta su terminación o rescisión por alguno de los supuestos previstos en la Ley o en el plazo máximo de dieciocho meses a contar desde la extinción del contrato.

En tal sentido, se entenderá como fecha de siniestro la del momento en que se haya producido la acción u omisión motivadora del daño indemnizable.

En caso de duda, la fecha de referencia para la determinación del momento en que se manifestaron los daños corporales sera, a efectos de este contrato, aquella en que la victima consultó por primera vez a un medico acerca de sintomas que, en la consulta o con posterioridad, se revelaron como significativos de un daño amparado por el seguro.

6º.- ¿ QUE FRANQUICIA TENEMOS ?

Serán por cuenta del Asegurado aquellos siniestros cuya cuantía indemnizatoria sea inferior a un millón de pesetas (1.000.000 Pts.), si bien, el Asegurador abonara la totalidad del importe del siniestro, sin deducción de franquicia alguna, cuando la cuantía indemnizatoria sea superior al importe de franquicia reflejado en el presente artículo.

7º.- ¿ COMO ACTUA EL CONTRATO DE SEGURO ?




El contrato actuará en defecto, exceso y/o diferencia de condiciones respecto de otros seguros obligatorios o no, suscritos por los Asegurados a la fecha de entrada en vigor del presente contrato.

Handwritten scribbles and marks on the left margin, including a large circular scribble, a signature-like mark, and a checkmark.

AVANCE EN LA ADECUACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA (GUARDIAS MÉDICAS).

ACUERDO DEFINITIVO.

La ordenación y racionalización de la atención continuada (Guardias Médicas) constituye un objetivo compartido por el INSALUD y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Su consecución debe ligarse a los resultados de una Mesa de Trabajo cuya constitución tendrá lugar de forma inmediata y que debe efectuar sus propuestas antes del 30 de septiembre de 1995, a fin de estudiar la viabilidad y operatividad de las mismas para comenzar su aplicación a partir del 1 de enero de 1996. Dicha aplicación se realizará a través de los mecanismos establecidos en el artículo 30.1 del Real Decreto 521/1987, de 25 de enero, incrementándose con la misma fecha la retribución de la hora de guardia en atención especializada en 1/6 parte, y desapareciendo de esta forma el denominado "prorrateo de guardias".



El INSALUD ha procedido a ordenar el abono de las cantidades correspondientes al denominado "prorrateo de guardias", referidas al primer semestre de 1995, a través de la fórmula actualmente vigente, salvo en aquellos Centros en los que se hubiera llegado a acuerdos en relación con este concepto. Con carácter transitorio, este sistema se extenderá a la parte proporcional correspondiente a los meses del segundo semestre de 1995 transcurridos hasta la implantación de la citada reordenación. Las cantidades que pudieran derivarse como consecuencia de la racionalización y ordenación de la atención continuada (Guardias Médicas) se mantendrán en cualquier caso dentro de la masa salarial de los facultativos de atención especializada, tomando en consideración el origen, por hospitales y servicios, de los recursos potencialmente generados.

Se estudiará en la Mesa Técnica correspondiente el abono de la mejora voluntaria del subsidio de Incapacidad Temporal y los demás aspectos que considere la citada Mesa.

AVANCE EN LA ADECUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.

ACUERDO DEFINITIVO.

Tanto el INSALUD como la CESM consideran necesario estudiar y promover medidas encaminadas a mejorar la organización hospitalaria así como fórmulas que permitan una mayor participación de los médicos y demás facultativos en la gestión de la atención sanitaria.

Para ello el INSALUD se compromete a abrir mesas técnicas de trabajo antes del 30 de septiembre del presente año y a fijar un calendario de reuniones de las mismas. Dichas mesas técnicas habrán de elaborar sus propuestas antes del 31 de octubre de 1995, a fin de que, una vez estudiada la viabilidad y operatividad de las mismas, puedan ser puestas en práctica con anterioridad al 1 de enero de 1996. Las citadas mesas técnicas de trabajo estarán constituidas paritariamente, se relacionarán con el personal facultativo y, entre otros, abordarán los siguientes temas:

1.- M.T. Complemento específico, productividad fija y adaptación del modelo retributivo:

- Complemento específico.
- Productividad fija.
- Adaptación del modelo retributivo (RDL 3/87).

2.- M.T. Promoción profesional:

- Jefaturas de servicio y de sección.

En el caso concreto de las Juntas Técnico-Asistenciales se propone la potenciación de sus funciones y la elaboración de un reglamento para las mismas, con el fin de hacer más activa su participación en los aspectos contemplados en el RD 521/87.

Finalmente el INSALUD articulará de forma inmediata la constitución y el funcionamiento de las Comisiones Mixtas aludidas en anteriores puntos del presente Acuerdo. Las citadas Comisiones Mixtas tendrán entre sus funciones y competencias:

- a) La participación en la formulación de los objetivos del hospital.
- b) El seguimiento, evaluación y control de los objetivos vinculados a la incentivación de los facultativos.
- c) El informe sobre todo lo concerniente al Area Sanitaria, especialistas no jerarquizados y coordinación con atención primaria.
- d) El informe y propuesta de los planes plurianuales de formación e investigación relacionados con la actividad del hospital.
- e) El informe y propuesta de los planes anuales de inversión y equipamiento del hospital.

En todo caso, los acuerdos adoptados por la Comisión Mixta habrán de ser considerados por la Dirección del Centro, la cual, en el supuesto de denegarlos, deberá hacerlo por escrito y de forma motivada y justificada.

3.- M.T. Formación continuada:

- Estudio y valoración.
- Potenciación de la formación continuada de los facultativos en cada hospital.

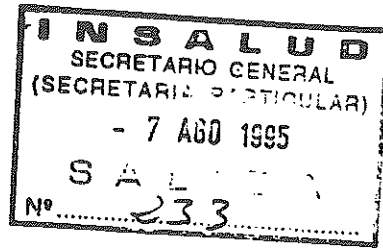
4.- M.T. Atención continuada/Guardias médicas:

- Mejora voluntaria del subsidio de Incapacidad Temporal.
- Dispensa para la realización de guardias médicas en razón a la edad.
- Figura del Jefe de Guardia.
- Valoración de la posible aplicación del RDL 3/87 en casos concretos.

5.- M.T. Avance en nuevas formas organizativas de los hospitales y de participación de los facultativos en la gestión:

- Juntas Técnico-Asistenciales.
- Comisiones Mixtas de cada hospital.
- Otros Organos Colegiados de participación y asesoramiento existentes o que puedan ser creados.
- Reorganización de la gestión clínica asistencial alrededor de los servicios médicos como célula básica del hospital.
- Marco básico de participación de los médicos y facultativos de cada servicio.

Nota-interior



Fecha: Madrid, 7 de agosto de 1995
De: SECRETARIA GENERAL.- Secretaría Particular
A: DIRECCIÓN GERENCIA HOSPITAL.
N/Ref.: JMB/ib
SIRef.:
Asunto:

En relación a nuestra nota de salida número 921 de 4 de agosto y en vista de la recepción defectuosa vía fax. Adjunto se remite copia completa de la Resolución que regula la creación, composición y funciones de la Comisión Mixta Hospitalaria, que consta de seis hojas numeradas.

EL SECRETARIO GENERAL

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'José María Mayorga Burgos'. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Fdo: José María Mayorga Burgos.

RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSALUD POR LA QUE SE REGULA LA CREACIÓN, COMPOSICIÓN Y FUNCIONES DE LA COMISIÓN MIXTA HOSPITALARIA.

La relevancia que los médicos y demás facultativos tienen en el funcionamiento ordinario de los hospitales y en la consecución de los objetivos asistenciales que demanda la población, hace necesaria la adopción de medidas encaminadas a mejorar su vinculación al sistema sanitario, su participación y su motivación.

Igualmente, para el correcto funcionamiento de los Centros Hospitalarios es preciso que, de forma progresiva y en todo caso ligada a la gestión clínica de los pacientes, los médicos y demás facultativos asuman una mayor responsabilidad en la definición de la oferta asistencial y en la gestión de los recursos asignados al Centro. Todo ello en el marco de un proceso progresivo de descentralización que concrete, para cada Servicio o Unidad y dentro de los criterios establecidos por la Dirección General del INSALUD, mejoras relacionadas con la organización, con características de la oferta de servicios, con el volumen y calidad de la actividad y con las pautas de utilización de los recursos.

Por todo ello, en el marco del Acuerdo adoptado por el INSALUD y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos el 22 de julio de 1995, a expensas de las conclusiones definitivas que deriven de la Mesa Técnica sobre organización y participación prevista en el mismo, la Dirección General del INSALUD tiene a bien, con carácter provisional, dictar las siguientes

INSTRUCCIONES

PRIMERA.- Creación, dependencia y marco general de actuación.

- * En cada Centro Hospitalario, se creará de manera inmediata una Comisión Mixta como órgano de participación, y corresponsabilización de los facultativos.

- * La Comisión Mixta dependerá de la Dirección Médica a través de la Junta Técnico-Asistencial, regulada en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.

- * Las actuaciones y propuestas que la Comisión Mixta eleve a la Dirección del Centro deberán ajustarse a los criterios y objetivos sobre actividad, calidad y asignación de recursos que, para cada ejercicio, establezca la Dirección General del INSALUD (Contrato Programa).

SEGUNDA.- Composición.

Serán componentes de la Comisión Mixta los facultativos pertenecientes a la Junta Técnico-Asistencial, es decir:

- a) El Director Médico, que actuará como Presidente de la misma.

- b) Los Subdirectores Médicos, uno de los cuales actuará de Vicepresidente, sustituyendo al Presidente en caso de vacante, ausencia o enfermedad.

- c) Un Jefe de Servicio o de Departamento y un facultativo por cada una de las siguientes áreas de actividad: medicina, cirugía, servicios centrales, ginecología-obstetricia y pediatría.
- d) Un facultativo representante de los médicos internos residentes del Hospital, en los casos en que éste último cuente con acreditación para la docencia de postgrado (Sistema MIR).

La composición de esta Comisión Mixta podrá ampliarse con aquellos Jefes de Servicio/Unidad y/o facultativos de las Áreas, que a propuesta de la Dirección Médica estime la Junta Técnico-Asistencial como más adecuadas a la estructura de la organización médica del Centro.

TERCERA.- Funciones.

a) Generales.

- * La Comisión Mixta tendrá aquellas funciones o actividades que le sean propuestas por la Dirección Médica o delegadas por la Junta Técnico-Asistencial.

b) Específicas referidas al personal facultativo.

- * Adaptar los criterios y objetivos del INSALUD, expresados en el marco del Contrato Programa, a la realidad concreta de los Servicios Médicos y Unidades del correspondiente Centro.

Asimismo y como consecuencia de ello, evaluará e informará a la Comisión de Dirección sobre los objetivos de actividad y mejora de la oferta de servicios acordados por la Gerencia con cada Servicio Médico o Unidad. Esta evaluación, referida para el siguiente ejercicio, habrá de efectuarse con anterioridad al 30 de noviembre del cada año.

- * Establecer con carácter anual los criterios de incentivación para los distintos Servicios Médicos y Unidades, tomando en consideración el grado de aportación de cada uno de ellos a la consecución de los objetivos de aumento de actividad y mejora de

la gestión de los recursos. Trimestralmente, la Comisión Mixta evaluará la consecución de los objetivos establecidos y propondrá la asignación de incentivos a los distintos Servicios Médicos y Unidades.

- * Asesorar a la Dirección del Centro en las medidas necesarias para desarrollar un proceso progresivo de descentralización de la gestión a cada Servicio Médico o Unidad. A través de dicho proceso éstos últimos asumirán sus responsabilidades en los siguientes aspectos:
 - Organización interna de los Servicios Médicos.
 - Organización del proceso asistencial.
 - Gestión de pacientes.
 - Gestión de recursos especialmente los referidos a productos farmacéuticos y suministros de material sanitario.

- * Proponer a la Comisión de Dirección del Centro, para cada ejercicio anual, medidas orientadas a mejorar la coordinación entre los distintos centros que dependan del Hospital y los servicios de Atención Primaria.

- * Proponer a la Comisión de Dirección del Centro, para cada ejercicio anual, los planes de formación e investigación relacionados con el Hospital, así como evaluar el desarrollo de los mismos, sin menoscabo de las competencias y funciones propias de las Comisiones de Docencia e Investigación.

- * Proponer a la Comisión de Dirección del Centro, para cada ejercicio anual, medidas encaminadas a la adecuación de la política de compras y suministros del Centro, así como a la adecuación del equipamiento del mismo.

- c) Igualmente, la Comisión Mixta podrá proponer a la Comisión de Dirección del Centro la realización de actividades por encima de las pactadas para cada ejercicio entre la Dirección General del INSALUD y la Dirección Gerencia del Centro.

CUARTA.- Normas de funcionamiento.

- * En virtud de la complejidad del Centro, la Comisión Mixta podrá establecer subcomisiones para el desarrollo de sus funciones en las áreas de medicina, cirugía, servicios centrales, ginecología-obstetricia y pediatría, así como en aquellas otras que estime conveniente.
- * La Comisión Mixta se reunirá al menos con periodicidad mensual, previa citación por parte de la Dirección Médica.
- * Los acuerdos adoptados por la Comisión Mixta, dentro de las funciones que se le encomiendan en estas intrucciones, habrán de ser considerados en todo caso por la Comisión de Dirección del Centro, la cual, en el supuesto de considerar oportuna su desestimación, deberá hacerla por escrito de forma motivada y justificada.

QUINTA.- Normas transitorias.

- * En los centros donde mantengan vigente su mandato la totalidad de los facultativos componentes de la Junta Técnico-Asistencial, la Comisión Mixta se constituirá de forma inmediata a la recepción de la presente Resolución.
- * En aquellos Centros en los que la representación corporativa de los facultativos en la Junta Técnico-Asistencial no sea completa en el momento presente, las Comisiones Mixtas se constituirán con los facultativos que compongan aquella actualmente, iniciándose de inmediato el correspondiente proceso electoral que permita completar la citada representación con anterioridad al 15 de octubre de 1995.
- * En aquellos Hospitales en los que no esté constituida la Junta Técnico-Asistencial en el momento presente, se desarrollarán de inmediato los procesos electorales que posibiliten la constitución de las mismas, y subsiguientemente de las Comisiones Mixtas, con anterioridad al 15 de octubre de 1995.

- * En aquellos Hospitales en los que los facultativos miembros de la Junta Técnico-Asistencial agoten durante los meses que restar de 1995 el período para el que fueron en su día elegidos, se realizarán igualmente los correspondiente procesos de elección, que deberán finalizar en todo caso antes del 15 de octubre de 1995.

Madrid, 3 de agosto de 1995

LA DIRECTORA GENERAL



Fdo: Carmen Martínez Aguayo

RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSALUD POR LA QUE SE REGULA LA SUSCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA MEJORA DE LA OFERTA DE SERVICIOS PARA 1995

La demanda sanitaria de la población protegida por el INSALUD ha experimentado cambios relevantes que, en lo relativo a la atención especializada, hacen necesario la adopción de medidas encaminadas a mejorar la oferta de los servicios hospitalarios que presta el INSALUD.

Definida la cartera de servicios de nuestros Hospitales, es el momento de avanzar en la especificación de los aspectos concretos de organización, funcionamiento y actividades asistenciales que constituyen dicha cartera (Oferta de servicios del hospital).

La definición de esta oferta de servicios se hace necesaria para el funcionamiento claro y transparente de los centros hospitalarios, a fin de que tanto los ciudadanos como los propios facultativos y gestores del Sistema Sanitario puedan conocer la oferta de servicios que cada Centro establece durante un período concreto de tiempo para las distintas y diversas prestaciones del sistema. De esta forma podrá ajustarse progresivamente a la demanda de los ciudadanos, a la vez que se podrá valorar la capacidad que ese Centro posee así como su eficiencia.

En el acuerdo firmado con fecha 22 de julio de 1995 entre la CESM y el INSALUD se recoge los dos siguientes objetivos para 1995, los cuales se deben plasmar primordialmente en la oferta de servicios de este mismo ejercicio.

1.- Implantación generalizada de la libre elección de especialistas, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia y la relación médico-paciente.

2.- Potenciación de los elementos que inciden en la mejora de la calidad asistencial hospitalaria.

Igualmente, en el citado acuerdo, se establece que la concreción de dichos objetivos se acordará con cada Servicio Médico o Unidad a través de su correspondiente responsable, previa adaptación de los mismos a la realidad específica de cada Centro efectuada por la correspondiente Comisión Mixta.

La libre elección de especialista constituye un elemento fundamental en la personalización de la asistencia sanitaria. Para su implantación efectiva resulta inicialmente necesario adecuar las horas de consultas externas de cada especialidad

a la correcta demanda de las mismas y a la calidad de la actividad médica. Igualmente, y en el entorno de la propia consulta médica, se hace necesario armonizar su organización con la actividad de los servicios centrales, así como con otras actividades diagnósticas y terapéuticas, resultando todo ello imprescindible con el fin de asegurar una respuesta rápida y personalizada a cada problema de salud.

En virtud de ello, esta Dirección General del INSALUD, en el ámbito de las competencias que tiene establecidas, dicta las siguientes

INSTRUCCIONES

PRIMERA.- Procedimiento general.

- * En todos aquellos Centros en los cuales ya se hayan establecidos acuerdos con los Servicios Médicos o Unidades en relación con la mejora de la oferta de servicios para 1995, éstos se adaptarán de forma inmediata a los criterios establecidos en la presente Resolución, procediéndose seguidamente a su ratificación por la Dirección Gerencia y el correspondiente Servicio Médico o Unidad, a través del responsable del mismo.
- * En los Centros en los cuales no existan acuerdos con los Servicios Médicos y Unidades en lo referente a la mejora de la oferta de servicios para 1995 se procederá con carácter inmediato a su planteamiento, negociación y suscripción, según los criterios establecidos en la presente Resolución, debiendo en todo caso culminar el proceso antes del 15 de septiembre de 1995, con la suscripción de los correspondientes acuerdos entre la Dirección Gerencia y los responsables de los Servicios Médicos o de Unidad.
- * En el supuesto de que el Jefe del Servicio o Unidad no suscriba el acuerdo de mejora de oferta de servicios para 1995, por parte de la Dirección del Hospital podrá promoverse la firma de dicho acuerdo directamente con los facultativos que integran el Servicio o Unidad.
- * Los acuerdos sobre la mejora de la oferta de servicios que se ratifiquen o adopten en los Centros se plasmarán en documentos normalizados (Anexo 1) que se custodiarán en la Dirección Gerencia del Centro. Esta, antes del día 20 de Septiembre, cumplimentará el correspondiente resumen de oferta de servicios en el modelo que se recoge como Anexo 2, remitiéndolo a la Subdirección General de Atención Especializada.

SEGUNDA.- Criterios de la Oferta de Servicios para 1995.

El objetivo de la mejora de la oferta de servicios consiste en adecuar la organización y actividades de atención especializada a las necesidades de la población protegida por el INSALUD. Para ello no solamente es necesario contar con la participación de los profesionales, sino también que éstos, a través de las distintas Unidades asistenciales, adquieran compromisos concretos y progresivos en el marco de los objetivos generales del INSALUD.

Para 1995 se establecerán acuerdos para oferta de consultas externas en relación con la libre elección de especialista y para el resto de actividades que se realizan en la globalidad del Centro en torno a la consulta externa en los términos que se exponen a continuación.

- Consultas externas.- Cada Centro a través de los correspondientes Servicios Médicos o Unidades establecerá las medidas de organización oportunas para implantar la Libre Elección de Especialista antes del 31 de Diciembre de 1995, según el Proyecto elaborado por la Dirección General del INSALUD. En este sentido el objetivo es que las primeras consultas sean atendidas antes de 15 días desde el momento de ser solicitadas. Para ello se establecerán las medidas de organización y gestión necesarias tanto sobre la demanda y gestión clínica, como fundamentalmente a través de la adecuación de oferta de horas de consulta a la que tendrán acceso todos los facultativos del mismo.

En cada Centro se fijará, según el procedimiento establecido en la presente resolución, el número de horas de consulta externa que cada Servicio Médico o unidad debe realizar. En dicho número de horas se incluirá tanto las realizadas en los locales hospitalarios de consultas externas como las llevadas a cabo en los Centros de Especialidades dependientes del Hospital.

- Otras actividades de Atención Especializada.- Para el resto de actividades (quirúrgicas, diagnósticas, terapéuticas y otras) que comprende la totalidad de la oferta de servicios de atención especializada, se constatará la oferta de cada Servicio o Unidad Médica, de acuerdo con las especificaciones del Anexo 1, así como su tiempo actual de respuesta.

TERCERA.- Adaptación y definición concreta de los objetivos.

Los criterios que se recogen en la presente resolución podrán ser adaptados a las peculiaridades específicas de cada centro sanitario, a través de la correspondiente propuesta de la Comisión Mixta a la Dirección Gerencia del Hospital.

CUARTA.- Retribuciones.

Desde el momento en que se suscriban los objetivos de mejora de la oferta de servicios entre el facultativo responsable del Servicio Médico o Unidad y la Dirección Gerencia del Centro, esta última dará instrucciones para que todos los facultativos miembros del servicio que participen en la consecución de los objetivos de mejora establecidos perciban, con efectos 1 de Julio de 1995, la cantidad de 30.000 pesetas mensuales en concepto de productividad.

QUINTA.- Norma transitoria.

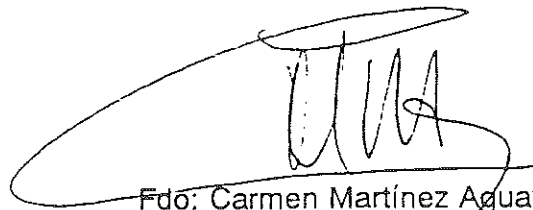
En aquellos Centros en los que no esté constituida la Comisión Mixta, y en tanto dicha constitución se efectúe, la Dirección del Centro establecerá con los responsables de cada Servicio Médico o Unidad la correspondiente oferta de servicios, de lo que informará a la Comisión Mixta, una vez constituida ésta.

SEXTA.- Disposición final.

Las presentes instrucciones deberán cumplirse de manera inmediata, a fin de intentar tener suscritos los correspondientes Acuerdos antes del día 15 de Septiembre y en cualquier caso antes del 1 de Octubre de 1995.

Madrid, 22 de Agosto de 1995.

LA DIRECTORA GENERAL,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "CMA", written over a horizontal line. The signature is enclosed within a large, loopy oval shape.

Fdo: Carmen Martínez Aguayo

ANEXO I

HOSPITAL:

SERVICIO/UNIDAD:

RESPONSABLE:

En cumplimiento de los acuerdos suscritos por el INSALUD y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, procede establecer y ratificar los objetivos que permitan mejorar de oferta de servicios del Hospital.

En el presente documento se acuerda que el Servicio/Unidad..... se compromete a colaborar en la implantación de los siguientes objetivos generales, adaptándose a las peculiaridades concretas de la actividad asistencial de cada Servicio/Unidad:

1.- Implantación generalizada de la libre elección de especialista, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia y la relación médico-enfermo.

2.- Potenciación de los elementos que inciden en la mejora de la calidad asistencial hospitalaria.

Dentro de este marco de objetivos generales, de manera específica se acuerda igualmente que el Servicio/Unidad....., con el fin de mejorar la calidad y personalización de la asistencia sanitaria, desarrollará el Proyecto de Libre Elección de Especialista, elaborado por la Dirección General del INSALUD, en la que se recoge como objetivo que la atención a primeras consultas no superará un tiempo de respuesta superior a los quince días desde la solicitud.

La conformidad con estos objetivos y compromisos permitirá la acreditación en nómina de las retribuciones en concepto de productividad recogidas en los acuerdos mencionados.

En hojas anexas se recogen los facultativos que participan en la consecución de estos objetivos así como los datos de oferta de servicios y tiempos de respuesta del Servicio/Unidad.

En a de de 1995.

Fdo: EL DIRECTOR GERENTE

Fdo: Jefe de Servicio o Unidad.

HOSPITAL:

CEGA:

GRUPO:

SERVICIO/UNIDAD:

RESPONSABLE:

RECURSOS Y ORGANIZACION DEL SERVICIO		SERVICIOS MEDICOS				
INDICADOR (1)	NUMERO		OBSERV.			
PERSONAL FACULTATIVO JEFE DE DEP Y/O SERVICIO JEFE SECCION FEA CUPO						
PUESTOS DE GUARDIA (mensual) - LOCALIZABLE - DE PRESENCIA FISICA						
CAMAS FUNCIONANTES ASIGNADAS (promedio mensual)						
CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL CEP	HORAS (2)	NUM (3)	DIAS DEMORA (4)			
			JUNIO 95		DIC 95	
			MEDIA	MAX	MEDIA	MAX.
TECNICAS DIAG. Y TERAP. (especificar)						
OTROS SERVICIOS DE LA OFERTA (especificar)						

(1) rellenar si procede

(2) total de horas/semana

(3) número de facultativos que realizan esa actividad

(4) días de demora para una primera consulta

REVISADO

HOSPITAL:

CEGA:

GRUPO:

SERVICIO/UNIDAD:

RESPONSABLE:

RECURSOS Y ORGANIZACION DEL SERVICIO		SERVICIOS QUIRURGICOS			
INDICADOR (1)	NUMERO		OBSERV.		
PERSONAL FACULTATIVO JEFE DE DEP Y/O SERVICIO JEFE SECCION FEA CUPO					
PUESTOS DE GUARDIA (mensual) - LOCALIZABLE - DE PRESENCIA FISICA					
CAMAS FUNCIONANTES ASIGNADAS (promedio mensual)					
SESIONES QUIRURGICAS (mes) (2)					
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA PROCEDIMIENTOS (especificar)	SI/NO (%) (3)		OBSERV.		
CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL CEP	HORAS (4)	NUM (5)	DIAS DEMORA(6)		
			JUNIO 95		
			MEDIA	MAX	
			MEDIA	MAX	
PROCESOS EN LEQ > 6 MESES (especificar los cinco más frecuentes)	NUMERO				
OTROS SERVICIOS DE LA OFERTA (especificar)	HORAS	NUM			

(1) Rellenar si procede

(2) Consignar num o fracción (ej: si se comparte con otro servicio o se programan sesiones menores de 7 horas)

(3) Especificar si existe o no como oferta de servicios (se considera que existe la oferta si se realizan más del 20% de procesos considerados básicos: cataratas, herniorrafia, hemorroides no complejas, fisura anal, varices, t.benigno de mama, sinus pilonidal, hallux valgus, lib. vainas, artroscopia, extracc. mat. de osteosíntesis, quiste lacrimal, estrabismo, fimosis, orquidopexia, amigdalectomía, dil-legrado uterino.

(4) Total horas/semana

(5) Número de médicos que realizan esta actividad

(6) Para una primera consulta

(7) O en su defecto de más de tres

REVISADO

HOSPITAL:

CEGA:

GRUPO:

SERVICIO/UNIDAD:

RESPONSABLE:

RECURSOS Y ORGANIZACION DEL SERVICIO		OTROS SERVICIOS (1)				
INDICADOR (2)	NUMERO		OBSERV.			
PERSONAL FACULTATIVO JEFE DE DEP Y/O SERVICIO JEFE SECCION FEA CUPO						
PUESTOS DE GUARDIA (mensual) - LOCALIZABLE - DE PRESENCIA FISICA						
CAMAS FUNCIONANTES ASIGNADAS (promedio mensual)						
TECNICAS DIAG. Y TERAP.	HORAS (3)	NUM (4)	DIAS DEMORA (5)			
RADIOLOGIA CONVENCIONAL - HOSPITAL - CEP ECOGRAFIAS MAMOGRAFIAS TAC HEMATOLOGÍA BASE BIOQUÍMICA BASE OTRAS (especificar)						
CONSULTAS EXTERNAS	HORAS (3)	NUM (6)	DIAS DEMORA (5)			
			JUNIO 95		DIC 95	
	MEDIA	MAX	MEDIA	MAX.		
HOSPITAL CEP						
OTROS SERVICIOS DE LA OFERTA (especificar)						

- (1) Servicios centrales y otros
- (2) Rellenar si procede
- (3) Total de horas/semana
- (4) Número de equipos, aparatos, salas, puestos, etc... (según definición Sistema de Información de A. Especializada)
- (5) Para una exploración o para primera consulta, en su caso
- (6) Número de médicos que realizan esa actividad

REVISADO

**REVISION OFERTA DE SERVICIOS 1995
SERVICIOS MEDICOS**

ANEXO II (2)

HOSPITAL:

CEGA:

GRUPO:

RECURSOS Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS		
INDICADOR (1)	NUMERO	OBSERV.
PERSONAL FACULTATIVO JEFE DE DEP Y/O SERVICIO JEFE SECCION FEA CUPO		
PUESTOS DE GUARDIA (mensual) - LOCALIZABLE - DE PRESENCIA FISICA		
CAMAS FUNCIONANTES (total)		
QUIROFANOS FUNCIONANTES (2) (no urgentes)		
SESIONES QUIRURGICAS		
CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA Procedimientos (especificar)	SI/NO (%) (3)	OBSERV.
PROCESOS EN LE > 6 MESES (4) Cataratas Hernia inguinal Varices Osteoartrosis (protesis cadera) Colelitiasis Hallux valgus Otros (especificar)	NUMERO	OBSERV.

(1) Rellenar si procede

(2) Consignar numero o fracción

(3) Especificar si existe o no como oferta de servicios (se considera que existe como oferta si se realizan más del 20% de la totalidad de los procesos considerados básicos: cataratas, herniorrafia, hemorroides no complejas, fisura anal, varices, t.benigno de mama, sinus pilonidal, hallux valgus, lib. vainas, artroscopia, extracc. mat. de osteosíntesis, quiste lacrímal, estrabismo, fimosis, orquidopexia, amigdalectomía, dil-legrado uterino.

(4) 0 en su defecto de más de tres

REVISADO

HOSPITAL:

CEGA:

GRUPO:

RECURSOS Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS				
CONSULTAS	HORAS (1)	FAC (2)	DEMORA (3)	
			MEDIA	MAX
Alergia: Cardiología(+ P y C) Dermatología: Digestivo: Endocrinología: Geriátría: Hematología: Medicina interna: Nefrología: Neumología: Neurología: Oncología: Psiquiatría: Rehabilitación: Reumatología: Cardiología				
Cirugía General: Urología: Traumatología: O.R.L.: Oftalmología: Ginecología: Cirugía Cardíaca: Cirugía Infantil: Cirugía Maxilofacial: Cirugía Plástica: Cirugía Torácica: Neurocirugía: Cirugía Vascular:				
TECNICAS	HORAS (1)	NUM (4)	DÍAS DEMORA (5)	
			INTRA	EXTRA
RX CONVENCIONAL HOSP RX CONVENCIONAL CEP ECOGRAFIA MAMOGRAFIA TAC RNM LITOTRICA				
HEMATOLOGIA BASE				
BIOQUIMICA BASE				
OTRAS (especificar)				


(1) Total de horas semanales. No se incluirán sub o superespecialidades, consultas monográficas y consulta preanestesia

(2) Numero de facultativos que participan en esa actividad


(3) Objetivo para Dic. 95 sobre días de demora (media y máxima) para una primera consulta

(4) Número de puestos, aparatos o salas (según definición del SIAE)

(5) Objetivo para Dic. 95 sobre días de demora (máxima) para una exploración (dentro y fuera HOSP)



PACTO ENTRE LA ADMINISTRACION -INSALUD- Y LAS ORGANIZACIONES SINDICALES CEMSATSE, CC.OO., U.G.T. Y CSI-CSIF SOBRE PERMISOS, SECCIONES SINDICALES Y USO DEL CREDITO HORARIO PARA LA REALIZACION DE FUNCIONES SINDICALES Y DE REPRESENTACION DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.




En Madrid, a 20 de diciembre de 1995 en el marco de la Mesa Sectorial de Sanidad, los representantes de la Administración-INSALUD y de las Organizaciones Sindicales CEMSATSE, CC.OO., U.G.T. y CSI-CSIF, acuerdan suscribir el presente

P A C T O




I. PERMISOS RETRIBUIDOS



1. En el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Insalud y por la Dirección General se concederá al personal al servicio de dichas Instituciones, propuesto por las Organizaciones Sindicales con presencia en la Mesa Sectorial de Sanidad que suscriban el presente Pacto o, en su caso, se adhieran al mismo, y al objeto de que realicen sus actividades en las estructuras sindicales relacionadas con la Administración del Insalud, hasta un máximo de 221 permisos para la realización de funciones sindicales y de representación del personal.

2. El número máximo de 221 permisos, que deberán ser a tiempo total, se distribuirá, a partir del 1 de enero de 1996, entre todas las Organizaciones Sindicales con presencia en ese momento en la Mesa Sectorial de Sanidad, y en función de los resultados obtenidos en las últimas elecciones sindicales, de la siguiente forma: CEMSATSE, 74; CC.OO., 60; U.G.T., 37; CSI-CSIF, 28; S.A.E., 22. En documento Anexo I al presente Pacto, se concreta la efectividad de esta distribución, de forma transitoria, en lo que se refiere a los Sindicatos U.G.T. y CSI-CSIF.



3. Se procederá a redistribuir nuevamente el citado cupo cuando se produzca variación en la composición de la Mesa Sectorial de Sanidad o en el porcentaje de representatividad, como consecuencia de los procesos electorales que de manera generalizada se realicen en el futuro.



4. Este cupo global de 221 permisos sindicales se reducirá automáticamente en el momento en que se transfieran funciones y servicios del Insalud a las correspondientes Comunidades Autónomas. Para efectuar dicha reducción se tendrá en cuenta la media aritmética que resulte de la utilización de las siguientes variables antes y después de producidas dichas transferencias:

- a) Presupuesto asignado.
- b) Plantillas orgánicas existentes.
- c) Número de Centros de Gasto gestionados.

El nuevo cupo global resultante se distribuirá, a su vez, automáticamente, y de forma proporcional, por la Administración.

5. La concesión de los referidos permisos se efectuará con arreglo al siguiente procedimiento:

- a) Las solicitudes para su concesión se formularán por las Organizaciones Sindicales citadas, en escrito dirigido a la Dirección General del Insalud, para su posterior trámite por la Subdirección General de Personal.
- b) La unidad encargada de su tramitación en la Subdirección General dará cuenta de dicha solicitud a la Dirección Provincial del Insalud en donde preste servicios la persona cuyo permiso sindical se solicita, para que, teniendo en cuenta la previsible incidencia del mismo en el adecuado funcionamiento de los servicios, se emita informe sobre la procedencia del permiso.
- c) No podrá concederse permiso sindical cuando la persona propuesta resulte indispensable por razones asistenciales para el adecuado funcionamiento de los servicios. A estos efectos se considerará indispensable a quien, por razones asistenciales, no pudiera ser sustituido. En este caso la Subdirección General de Personal, mediante escrito motivado, deberá comunicar de inmediato esta circunstancia al Sindicato correspondiente para que efectúe nueva propuesta.
- d) Los permisos sindicales que se concedan tendrán una duración mínima de seis meses para facilitar la sustitución, si fuera necesaria por razones asistenciales, excepto en aquellos casos en que concurren circunstancias extraordinarias que deberán ser puestas en conocimiento de la Subdirección General de Personal por el correspondiente Sindicato.



e) La Subdirección General de Personal comunicará los permisos sindicales concedidos a la Organización Sindical afectada y a la correspondiente Dirección Provincial del Insalud, que lo trasladará a la Gerencia del correspondiente Centro Sanitario para su comunicación al interesado. Dichos permisos tendrán efectividad desde el día siguiente al de su notificación a la persona a cuyo favor se otorgan.

6. Quienes disfruten de estos permisos y reúnan además la condición de representantes unitarios o sindicales (Delegados), podrán ceder el crédito horario al que por dicha condición tuviesen derecho, incrementando con ello la bolsa provincial de horas, a la que se refiere el apartado IV de este Pacto, en el supuesto de que hayan cedido sus créditos para la formación de la misma.

7. Los permisos sindicales podrán ser cancelados por la Administración a propuesta del correspondiente Sindicato.

8. La renuncia por escrito del interesado al disfrute de este permiso, será dirigida a la Subdirección General de Personal, quien procederá a su cancelación, dando traslado inmediato a la Organización Sindical correspondiente, y a la Dirección Gerencia del centro de trabajo del interesado, para su comunicación al mismo, teniendo efectividad desde el día siguiente al de su notificación.

9. Los permisos sindicales concedidos de acuerdo con lo establecido en los anteriores apartados podrán ser cancelados por la Administración, previo informe de las Organizaciones Sindicales afectadas, cuando se produzca alguna de las siguientes causas:

- a) Incumplimiento de la finalidad para la que se concedieron.
- b) Cuando concurren circunstancias excepcionales que hagan necesario e imprescindible, por razones asistenciales, la incorporación al trabajo de la persona que disfrute el permiso.
- c) Realización de actividades sindicales fuera del ámbito de la Administración del Insalud, excepto las que hayan de desarrollarse dentro de la estructura de la Organización Sindical a que pertenezca.
- d) Realización de actividades que incurran en causa de incompatibilidad de las previstas en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas.

II. PERMISOS NO RETRIBUIDOS

El uso de permisos no retribuidos por quienes ostenten cargos electivos a nivel provincial, autonómico o estatal, en las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, deberá preavisarse por el interesado con antelación no inferior a 12 horas a la Dirección Gerencia, salvo caso de urgencia acreditada, en cuyo supuesto se requerirá comunicación expresa verbal o escrita. Tratándose de personal de cupo y zona, estos permisos no retribuidos sólo podrán tomarse por días completos.

Se arbitrarán las fórmulas que posibiliten extender la aplicación del art. 9.1.b) de la L.O.L.S. a las Organizaciones Sindicales que, sin tener la consideración de más representativas, hayan obtenido representación en la Mesa Sectorial de Sanidad.

III. SECCIONES SINDICALES

1. Los trabajadores afiliados a un Sindicato podrán constituir Secciones Sindicales de conformidad con lo previsto en sus estatutos. La Sección Sindical es una manifestación de la libertad organizativa del Sindicato que viene amparada por el ejercicio de la acción sindical. Pueden, por tanto, los afiliados constituir la en cualquier centro de trabajo, independientemente del volumen de la plantilla y de la presencia o no del Sindicato en el órgano de representación unitaria.

2. Las Secciones serán conjuntas para ambos tipos de personal: estatutario y laboral. La Sección es una instancia interna del Sindicato en la empresa que, de acuerdo con lo que establece el art. 10.1 en relación con el art. 1.2 de la L.O.L.S., debe incluir en su ámbito personal de actuación a todos los afiliados al Sindicato, sean estatutarios o laborales.

3. Los afiliados al Sindicato deberán comunicar a la correspondiente Dirección-Gerencia el acto de constitución de la Sección, y ello con el fin de que la misma sea reconocida como tal, y sus representantes puedan disfrutar, si procede, de los derechos y garantías que las leyes les reconocen. Por la Dirección-Gerencia se dará traslado de esta información a la Dirección Provincial, para su conocimiento y efectos consiguientes.

4. A efectos de constitución de las Secciones Sindicales que gocen de los derechos y garantías previstos en el art. 10 de la L.O.L.S., constituirán Centros de trabajo para Atención Especializada el centro hospitalario con órganos directivos propios (salvo, por sus especiales características, el Instituto Nacional de Silicosis y el Hospital Nacional de Parapléjicos que tendrán Sección propia a pesar de compartir sus órganos directivos), y para Atención Primaria el Área de Salud. El número concreto de Secciones Sindicales que puedan estar representadas por Delegados, con derecho a crédito horario, consta en Anexo II al presente Pacto. A los nuevos centros que se creen se les aplicarán los mismos criterios.



5. Los dos requisitos necesarios para designar Delegados Sindicales, tanto en atención especializada como en atención primaria, que puedan disfrutar de las garantías contempladas en el art. 10.3 son: a) que el Centro de trabajo ocupe a más de 250 trabajadores y b) que el Sindicato al que corresponde la Sección tenga presencia en el Comité de Empresa del Area de Salud o provincial o en la Junta de Personal del correspondiente Area de Salud.

Si en el centro de trabajo se produjera una disminución del número de trabajadores por debajo de los 250, desaparecería automáticamente el derecho a nombrar delegados sindicales con derecho a crédito horario. En sentido contrario se actuaría en caso de que el número de trabajadores se situara por encima de los 250 en centros no recogidos actualmente en el citado Anexo II al presente Pacto.

6. La Sección Sindical tendrá derecho a designar hasta un máximo de 4 Delegados Sindicales si el Sindicato ha obtenido el 10% de los votos en la elección a uno u otro de los órganos de representación unitaria, con arreglo a la escala prevista en el art. 10.2 de la L.O.L.S., y aplicada al número de trabajadores laborales y estatutarios que prestan servicios en el correspondiente Centro de trabajo. Si no ha obtenido el 10% de los votos, solamente tendrá derecho a designar un Delegado Sindical.

7. El número de horas de crédito horario de los Delegados Sindicales será el que les corresponda según el número de trabajadores -laborales y estatutarios- que presten servicios en el Centro de trabajo en el que se ha constituido la Sección Sindical.

IV. CREDITOS HORARIOS

A. Constitución de la bolsa provincial de horas.

1. Los miembros de las Juntas de Personal, de los Comités de Empresa, y los delegados sindicales del mismo Sindicato, podrán ceder, dentro del ámbito provincial, sus respectivos créditos horarios, para la creación de una bolsa de horas. Dicha bolsa se conformará con la totalidad de los créditos correspondientes a los 12 meses del año natural. En el primer año de su implantación estará formada por los créditos de los meses en que la misma vaya a estar operativa, fijándose como fecha inicial de efectividad para 1996 la del 1 de marzo de dicho año.

2. La constitución de la bolsa se efectuará con arreglo al siguiente procedimiento:

La solicitud se dirigirá por el respectivo Sindicato a la Dirección Provincial del Insalud en la primera semana del mes anterior al que tenga efectividad dicha bolsa, y en la que constará necesariamente los siguientes datos: nombre de los representantes, condición que ostentan (miembro de la Junta,



Comité de Empresa o Delegado Sindical), categoría, centro de trabajo, área de salud a la que pertenecen, crédito mensual que les corresponde y número total de horas que conforman la bolsa. A dicho escrito se adjuntará:

a) La cesión expresa y por escrito de cada uno de los representantes de su propio crédito en favor de la creación de la bolsa, según modelo Anexo III.

b) Relación de representantes que van a quedar liberados de asistencia al trabajo, por la utilización de las horas necesarias para su liberación.

c) Relación de representantes que harán uso de horas sindicales y número que van a consumir en el mes inicial de su efectividad.

3. La Dirección Provincial del Insalud será el órgano responsable de la comprobación y gestión de la bolsa anual de horas. La unidad encargada de su tramitación verificará los datos reflejados, no pudiéndose utilizar horas de la bolsa mientras no exista conformidad expresa de la misma, que deberá producirse como mínimo con 8 días naturales de antelación a la fecha de su operatividad.

4. La Dirección Provincial, una vez constituida formalmente la bolsa, comunicará a todas las Gerencias los listados completos de los representantes que por cada Organización Sindical han cedido sus créditos para la formación de la misma.

B. Utilización de la bolsa.

1. A fin de garantizar la eficaz organización de los servicios, se destinará a las liberaciones totales de asistencia al trabajo, por acumulación de crédito horario, un mínimo del 70% de las horas de la bolsa, y tendrán una duración mínima de seis meses. Excepcionalmente, se podrán realizar sustituciones de estos representantes con permiso a tiempo completo, siempre y cuando sean solicitadas por el Sindicato mediante escrito motivado, remitido con antelación de quince días, y ello en razón a que puede interferir en los contratos de sustitución.

Dentro de lo posible, las liberaciones totales que se produzcan, como consecuencia de la utilización de la bolsa, deberán realizarse de forma proporcional entre todas las Areas de Salud de la provincia, si las hubiere.

2. El número de horas necesario para la dispensa total de asistencia al puesto de trabajo se establece en 130 horas mensuales, para todos los representantes independientemente de su jornada de trabajo.

3. En todos los casos, la comunicación previa a la Dirección Provincial de los representantes que van a quedar liberados por un período mínimo de seis meses, se realizará por el Sindicato con una antelación mínima de 20 días naturales al de la efectividad de la liberación, al objeto de facilitar la adopción de



las medidas adecuadas para la prestación de los servicios y reordenación de los mismos. Asimismo, cuando se haga uso de horas sindicales, la comunicación se efectuará con antelación no inferior a 15 días naturales al mes en que vayan a ser disfrutadas por el representante.

4. En caso de que no existan horas suficientes en el montante de la bolsa, la Dirección Provincial lo pondrá en conocimiento del correspondiente Sindicato, con una antelación de 8 días naturales a la fecha en que se pretenda hacer uso de las mismas.

5. Por la Dirección Provincial del Insalud se comunicará a los Servicios de Personal de los centros sanitarios, con tiempo suficiente, las relaciones individualizadas, tanto de los liberados a tiempo completo como de los que hacen uso de horas para sus funciones representativas. Dichos servicios procederán a dar cuenta inmediata de tales relaciones a las Unidades a las que están adscritos los representantes.

6. El representante preavisará al responsable de la unidad de la que dependa en su centro de trabajo, con una antelación no inferior a 24 horas, del uso del crédito horario. Este período de preaviso mínimo sólo podrá incumplirse en casos de urgencia acreditada, en cuyo supuesto se requerirá comunicación expresa.

7. El número de horas utilizadas dentro de la jornada laboral se computará, en todos los casos, desde que el interesado abandone el puesto de trabajo hasta que se reincorpore al mismo, siempre dentro de su jornada laboral. Mensualmente, se informará al Servicio de Personal sobre el número de horas consumidas por el representante.

8. Cuando dicho crédito horario corresponda a personal que ocupe plaza de cupo y zona, y dadas las especiales características de su jornada de trabajo, con una parte de la misma de presencia física en consulta y el resto en situación de disponibles, podrán tomar su crédito horario durante el tiempo de presencia física en consulta, sólo en la misma proporción que dicho tiempo de presencia física en consulta suponga sobre su jornada total, pudiendo tomar el resto de su crédito horario durante la restante jornada en que se encuentran en situación de disponibles.

9. Dadas las especiales características de la actividad que se desarrolla en los Centros Sanitarios, que implica la existencia de un régimen de turnos, el tiempo que el representante dedicase excepcionalmente a actividades representativas fuera de su propio turno de trabajo, pero dentro del correspondiente a otro turno, y cuya dedicación fuese debidamente preavisada y justificada, se imputará a su crédito horario, de modo que su jornada se reduzca en el tiempo equivalente al utilizado para dichas actividades representativas.

10. A efectos de la gestión de la bolsa, las sustituciones, revocaciones y dimisiones que se produzcan se comunicarán a la Dirección Provincial por el correspondiente Sindicato.



11. No se computará como uso de crédito horario las horas utilizadas en reuniones convocadas por la propia Administración. Lo anteriormente dispuesto no será de aplicación a los representantes que se encuentren liberados.

V. UTILIZACION DE CREDITOS HORARIOS

De entre los representantes unitarios y sindicales que no participen en la formación de la bolsa, sólo podrán ceder su propio crédito horario los miembros de la Junta de Personal de la misma candidatura y Area de Salud, de acuerdo con lo previsto en el art. 11 d) de la Ley 9/87.

Esta cesión que, en todo caso, deberá ser nominativa, se comunicará por el cedente y cesionario a sus respectivas Direcciones Gerencias con antelación mínima de 8 días naturales al de su efectividad, las cuales, a su vez, lo comunicarán a la Dirección Provincial de la que dependan.

VI. RETRIBUCIONES

Las personas que se encuentren dispensadas de asistencia al trabajo, bien por permiso sindical, bien por acumulación de crédito horario, permanecerán en situación de servicio activo y conservarán todos los derechos profesionales que les sean de aplicación, incluidos los de carácter retributivo.

En consecuencia, y teniendo en cuenta los diversos tipos de personal, se estará a lo siguiente:

Personal de Atención Especializada que percibe sus retribuciones de conformidad con el R.D.L. 3/87.

El personal liberado percibirá las retribuciones básicas y complementarias que le corresponda, según la categoría que ostente y el puesto de trabajo que ocupe o le corresponda ocupar en cada momento. En el supuesto que proceda abonar complemento de Atención Continuada modalidad A/B o por guardias médicas y Específico por Turnicidad, por tenerlo así asignado el puesto, se tendrá en cuenta el promedio de lo percibido por el resto del personal de la misma categoría, servicio o unidad en el que el liberado esté adscrito, computándose, a estos efectos, únicamente dos promedios mensuales, uno a 1 de enero, y el otro a 1 de julio, correspondientes a los semestres anteriores. No obstante lo anterior, no procederá abono por Atención Continuada a aquellos trabajadores que al inicio de la liberación se encuentren exentos de su realización por motivos de edad, maternidad, o guarda legal, y, en los dos últimos casos, en tanto se mantengan dichas situaciones.



Personal de Atención Primaria que percibe sus retribuciones por el R.D.L. 3/87.

El personal facultativo y A.T.S. de E.A.P. percibirá, además de las retribuciones básicas y complementarias que le correspondan, el complemento de Productividad Fija en la cuantía que resulte de hallar el promedio de tarjetas sanitarias del E.A.P. en el que esté adscrito; en cuanto al Complemento de Atención Continuada, modalidad A/B, se estará a lo dispuesto en el párrafo anterior para el personal de especializada.

El personal médico y A.T.S. de los Servicios de Urgencia percibirá las retribuciones que legalmente les corresponda en el momento de la liberación con las correspondientes actualizaciones que puedan producirse.

El resto de personal adscrito a Atención Primaria percibirá las retribuciones básicas y complementarias que le correspondan, según la categoría que ostente y el puesto de trabajo que ocupe en cada momento; en cuanto al complemento de Atención Continuada, se atenderá, asimismo, a las condiciones fijadas en este Pacto.

Personal de Cupo y Zona.

El personal liberado que ocupe plaza de cupo y zona, percibirá sus retribuciones por el sistema de asegurado, cupo y mes contemplado en la Orden de 8 de agosto de 1986, de conformidad con el número de tarjetas o cartillas que este personal tenga asignado en el momento de la liberación.

VII. VIGENCIA

El presente Pacto entrará en vigor el 1 de enero de 1996, y deroga expresamente los suscritos el de 30-6-89 (B.O.E. 18-8-89) y el de 24-10-94, así como cualquier anterior acuerdo sobre las mismas materias. Tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 1999, prorrogándose tácitamente por períodos anuales en tanto no sea denunciado por alguna de las partes firmantes, en cuyo caso se mantendrá en vigor hasta la suscripción de un nuevo Pacto, para lo cual se establece un periodo máximo de seis meses, desde la finalización de la prórroga. La denuncia se presentará de forma escrita y será comunicada a todos los firmantes con una antelación mínima de 2 meses a su fecha de expiración.

Por LA ADMINISTRACION

Por LAS ORGANIZACIONES SINDICALES

Fdo: Carmen Martínez Aguayo
DIRECTORA GENERAL

CEMSATSE

U.G.T.

CC.OO.

CSI-CSIF

ANEXO I

ANEXO SOBRE EFECTIVIDAD DE LA ADAPTACION DE LOS PERMISOS
RETRIBUIDOS, CONFORME A LO PREVISTO EN EL APARTADO I,
PUNTO 2.

FECHAS DE EFECTIVIDAD			
SINDICATO	1-1-96	30-6-96	31-12-96
U.G.T.	53	45	37
CSI-CSIF	48	38	28

SECCIONES SINDICALES

ANEXO II

(CON DERECHO A CREDITO HORARIO)

Pag. 1

PROVINCIA	ESPECIALIZADA	SECCIONES	PRIMARIA	SECCIONES	TOTAL SECCIONES ESPE+PRIM.
HUESCA	H. San Jorge	1	Area única	1	3
	H. Barbastro	1			
TERUEL	H. Obispo Polanco	1	Area única	1	3
	H. Alcañiz	1			
ZARAGOZA	H. Miguel Servet	1	Area II	1	5
	H. Clínico	1	Area III	1	
	H. Calatayud	1			
ASTURIAS	H. Jario	1	Area III	1	11
	H. Carmen y Severo Ochoa	1	Area IV	1	
	H. San Agustín	1	Area V	1	
	H. Covadonga	1			
	I.N. Silicosis	1			
	H. Cabueñes	1			
	H. Alvarez Buylla	1			
H. Valle del Nalón	1				
BALEARES	H. Son Dureta	1	Area Mallorca	1	4
	H. V. Monte Toro	1			
	H. Can Misses	1			
CANTABRIA	H. Marqués Valdecilla	1	Area Santander	1	5
	H. Laredo	1	Area Torrelavega	1	
	H. Torrelavega	1			

PROVINCIA	ESPECIALIZADA	SECCIONES	PRIMARIA	SECCIONES	TOTAL SECCIONES ESPE+PRIM.
AVILA	H. Ntra. Sra. Sonsoles	1	Unica	1	2
BURGOS	H. General Yagüe H. Santos Reyes H. Santiago Apostol	1 1 1	Area Burgos	1	4
LEON	C.H. de León H. El Bierzo	1 1	Area León Area Ponferrada	1 1	4
PALENCIA	H. Río Carrión	1	Area única	1	2
SALAMANCA	C.H. Clínico – V. Vega	1	Area única	1	2
SEGOVIA	H. General	1	Area única	1	2
SORIA	H. General	1	Area única	1	2
VALLADOLID	H. Clínico H. Medina Campo H. Río Hortega	1 1 1	Area I Este Area II Oeste	1 1	5
ZAMORA	H. Virgen Concha	1	Area única	1	2

PROVINCIA	ESPECIALIZADA	SECCIONES	PRIMARIA	SECCIONES	TOTAL SECCIONES ESPE+PRIM.
ALBACETE	H. General	1	Area única	1	3
	H. Hellín	1		1	
CIUDAD REAL	C.H. de Ciudad Real	1	Area Ciudad Real Area Mancha Centro	1	7
	H. Sta. Bárbara	1			
	H. Gutiérrez Ortega	1			
	H. Alcázar de San Juan	1			
	H. V. Altagracia	1			
CUENCA	H. Virgen de la Luz	1	Area única	1	2
GUADALAJARA	H. General	1	Area única	1	2
TOLEDO	C.H. Virgen de la Salud	1	Area Toledo Area Talavera Reina	1	5
	H. Ntra. Sra. Prado	1			
	H. Nacional Parapléjicos	1			
BADAJOZ	C.H. Infanta Cristina	1	Area Badajoz Area Mérida Area D. Benito -- Vva.	1	7
	H. Mérida	1			
	H. Don Benito - Vva.	1			
	H. Llerena	1			
CACERES	C.H. San Pedro Alcántara	1	Area Cáceres Area Plasencia	1	6
	H. Virgen Puerto	1			
	H. Campo Arañuelo	1			
	H. Coria	1			

PROVINCIA	ESPECIALIZADA	SECCIONES	PRIMARIA	SECCIONES	TOTAL SECCIONES ESPE+PRIM.
LA RIOJA	H. San Millán - San Pedro	1	Area única	1	2
MADRID	H. Virgen de la Torre	1	Area 1 Sur-Este	1	26
	H. La Princesa	1	Area 2 Centro-Norte	1	
	H. Sta. Cristina	1	Area 3 Este	1	
	H. Niño Jesús	1	Area 4 Noroeste	1	
	H. Príncipe Asturias	1	Area 5 Norte	1	
	H. Ramón y Cajal	1	Area 6 Oeste	1	
	H. La Paz	1	Area 7 Centro-Oeste	1	
	H. La Fuenfría	1	Area 8 Sur-Oeste I	1	
	H. Pta. Hierro	1	Area 9 Sur-Oeste II	1	
	C.H. Clínico S. Carlos - pabellón 8	1	Area 10 Sur-I	1	
	H. Móstoles	1	Area 11 Sur-II	1	
MURCIA	H. Virgen Arribaca	1	Area Murcia	1	10
	H. Sta. M ^a . Rosell	1	Area Cartagena	1	
	H. Rafael Méndez	1	Area Lorca	1	
	H. Comarcal Noroeste	1	Area Vega Segura	1	
	H. Virgen Castillo	1			
	H. Morales Meseguer	1			
CEUTA	H. Cruz Roja	1	Area única	1	1
MELILLA	H. Comarcal	1	Area única	1	1
TOTAL GENERAL		79		49	128

CESION DE CREDITO HORARIO

D/DÑA: _____

con D.N.I.: _____

Destinado en el Area de Salud n°: _____

Centro de Trabajo: _____

Dirección del Centro: _____

Tfno.: _____ Localidad : _____

Categoría: _____

En su condición de:

 Miembro de la Junta de Personal Delegado de la Sección Sindical Miembro del Comité de Empresa

Con Crédito Horario Mensual de _____ horas.

POR EL PRESENTE DOCUMENTO:

CEDE un total de _____ horas correspondientes (1) a los meses de _____ a _____ ambos inclusive, para la constitución de la bolsa provincial de horas, de acuerdo con lo previsto en el Pacto firmado el 20 de diciembre de 1995.

_____ a _____ de 199

POR EL SINDICATO

EL INTERESADO

Fecha:

Fecha:

(1) la cesión se efectuará por años naturales excepto en el primer año de implantación.



**PRODUCTIVIDAD VARIABLE DE 1997
DEL PERSONAL FACULTATIVO**

El Punto 6.7 del Contrato Programa suscrito entre La Presidencia Ejecutiva del INSALUD y cada Centro de Atención Especializada establece "El cumplimiento del Contrato Programa del Hospital dará derecho a la percepción de incentivos, en concepto de productividad variable, en la cuantía máxima reflejada en el Anexo VI".

Este ANEXO VI especifica la cantidad de CPV-97 para facultativos que percibirá el centro en caso de cumplimiento de los Objetivos, cantidad que podrá incrementarse, al cierre del ejercicio, con la totalidad del crédito que cada Centro genere de su propio presupuesto; quedando pendientes de definir los criterios de incentivar de los facultativos.

En la medida que dicho Contrato Programa haya reflejado adecuadamente la realidad del Hospital, y consecuentemente de sus respectivos Servicios y Unidades la incentivar será efectiva. Dentro del proceso negociador llevado a cabo con la Confederación Estatal de sindicatos Médicos (CESM), dentro del marco del acuerdo CESM-INSALUD de 22-07-95, ambas partes asumen que el procedimiento debe basarse en la sencillez del proceso, en la descentralización, en su transparencia, y en la mutua confianza entre los facultativos y Gerencia, lo que requiere el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Asimismo, consideran que la participación activa de la Comisión Mixta puede dar un eficaz apoyo para que la Productividad Variable sea un instrumento incentivar de los facultativos, basado en la equidad y retribuyendo en proporción a los méritos y resultados de cada Servicio o Unidad.

El responsable de la Unidad Clínica y la totalidad de los facultativos que la integran debe conocer con antelación con qué recursos conseguirán los objetivos pactados para un determinado incentivo anual. De esta forma el proceso de descentralización de la gestión será participativo y, por lo tanto, motivador.

Todo lo anterior requiere un proceso de distribución lo más claro posible, que se detalla en las siguientes INSTRUCCIONES:

1.- AMBITO DE APLICACIÓN

Lo dispuesto en las presentes Instrucciones será de aplicación al personal facultativo de Atención Especializada del INSALUD Gestión Directa,

que perciba sus retribuciones conforme a lo establecido en el Real Decreto Ley 3/87, de 11 de Septiembre, sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud.

2.- CUANTIA DE LA BOLSA DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE.-

La cuantía inicial del CPV-97 para el PERSONAL FACULTATIVO, del conjunto de los hospitales asciende a 2.500 Millones de ptas., distribuido por Centros en función del número de facultativos existente a 1 de enero de 1997 para el primer pago, y a 31 de diciembre de 1997 para el segundo pago y, a su vez por Servicios y Unidades Clínicas, de acuerdo con el mismo criterio.

Cada Servicio y Unidad Clínica debe conocer la cuantía inicial del CPV-97 que le corresponde en el momento de la negociación del pacto con la Gerencia, así como los criterios de asignación recogidos en este documento, según los resultados que obtenga cada Servicio-Unidad y Hospital, descritos en los apartados siguientes.

Asimismo a estos efectos se tendrán en cuenta los créditos generados por los Centros a través de su propio presupuesto así como el incremento de la cuantía acordada en el Contrato-Programa en concepto de cobros a terceros, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4.9 del mismo. Estos conceptos serán objeto de desarrollo en un documento específico.

3.- CRITERIOS GENERALES

3.1. Es objetivo de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD lograr una mayor adecuación de este incentivo a los distintos grados de cumplimiento y de implicación en el conjunto de la actividad asistencial por parte de los distintos Servicios-Unidades y sus facultativos.

Por ello, aunque el cumplimiento global de un centro sea inadecuado, es preciso que los Servicios-Unidades que cumplan perciban Productividad Variable.

Para ello es conveniente puntualizar lo siguiente:

- La cuantía final global a que cada Centro tenga derecho en concepto de Productividad Variable constituye un recurso retributivo correspondiente al propio Centro de Gasto y al ejercicio económico de 1997

- Dicha Productividad Variable no podrá trasladarse a otros Centros de Gestión, total o parcialmente.

- La excepción a lo citado en el apartado anterior, vendrá determinado a la vinculación de un 10% del CPV.97, por la no cobertura en los Centros Hospitalarios de las sustituciones de personal facultativo, referidas a vacaciones, maternidad e incapacidad temporal de corta duración, no superior a cuatro meses, entendiéndose ello a salvo de aquellos casos que sean necesarias, previa justificación por la Comisión Mixta de cada Centro Hospitalario.

- La Comisión de Seguimiento valorará la evolución de la plantilla de cada Centro, en este supuesto, y podrá determinar la distribución de dicho porcentaje (10%) entre los hospitales que hayan tenido una correcta gestión de las sustituciones del personal facultativo

3.2. La Comisión Mixta del Hospital, de acuerdo con las funciones recogidas en la Resolución de 3 de agosto de 1995 de la Dirección General del INSAALUD, y las previsiones recogidas en el Contrato-Programa de 1997, será la encargada de evaluar descentralizadamente el cumplimiento de los objetivos pactados por cada Servicio Médico y Unidad, y en razón del grado de consecución de los mismos, emitir un informe indicando las cuantías que en concepto de CPV.97, corresponden a cada uno de ellos. Dicho informe será admitido en todo caso por la Comisión de Dirección del Centro, salvo que el mismo sea contrario a Derecho, en cuyo caso su desestimación deberá hacerse por escrito de forma motivada y justificada.

En este caso, la Comisión Mixta formulará, en un plazo no superior a 15 días, una nueva propuesta de incentivación, teniendo en cuenta las alegaciones hechas por la Gerencia en su escrito de desestimación.

De modo excepcional, la valoración de los objetivos correspondientes al primer pago del año 1997, se hará de forma centralizada según lo previsto en el apartado 4.1.2. del presente documento.

3.3. En el pacto de los Servicios del Hospital además de los objetivos que se hayan acordado, se determinan cuáles son aquellos que directamente se vinculan con el abono de la CPV.97, según las estipulaciones de este documento. De dichos objetivos se informará a la Comisión Mixta.

3.4. El reparto de la CPV 97 entre los distintos Servicios-Unidades del Hospital se vinculará directamente al nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en la siguiente tabla:

ACTIVIDADES MEDICAS EVALUADAS	GRADO DE REPERCUSION SOBRE EL CPV.97 (TOTAL:100%)
1º Actividad Asistencial:	45 %
2º <i>Objetivos de Calidad:</i>	45%
3º Firma de los objetivos del Servicio correspondiente y del conocimiento del Contrato Programa.	10%

3.5. La actividad asistencial evaluable para el cobro de la CPV.97 está contemplada en el Anexo I y representa un 45 % de dicha productividad tanto en el primero como en el segundo pago.

3.6. Los objetivos de Calidad evaluables a efectos del CPV.97 están recogidos en los Anexos 2 y 3 y son de dos tipos: Los institucionales del Hospital, y los pactados específicamente por los Servicios. En su conjunto, representan un 45 % del CPV.97, tanto en el primer como en el segundo pago.

3.6.1. Objetivos institucionales de calidad contenidos en el Contrato Programa: Son los recogidos en los Anexos 2 y 3. Su cumplimiento conllevará la percepción del 45 % en el primer pago (Anexo 2) y del 15% en el segundo pago (Anexo 3).

3.6.2. El cumplimiento de los Objetivos de calidad pactados por cada Servicio-Unidad, conllevará la percepción de un 30 % del CPV.97 en el segundo pago, según los criterios recogidos en el Anexo 3.

3.7 La firma del Contrato-Programa de 1997 supone el aval de su conocimiento, de acuerdo con los principios recogidos en la Resolución de 27 de marzo de 1997, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. La firma de los objetivos del servicio ligados al CPV.97 supone que todos los facultativos de éste han sido informados con detalle de los mismos, de acuerdo con los criterios de la citada Resolución.

3.8. En el caso de no alcanzarse los objetivos pactados de actividad asistencial y de calidad se generará un remanente que se destinará a incentivar aquellos Servicios-Unidades que hubieran obtenido los mejores niveles de resultados de actividad y calidad del Hospital, respectivamente. En este sentido se valorará el grado de consecución de los objetivos pactados por

tramos destinándose la bolsa antes citada, a incentivar de forma proporcional al logro de los objetivos pactados, a aquellos servicios y unidades cuyo grado de cumplimiento esté por encima de la media del Hospital en cuestión.

Si hubiera remanente del proceso de firma, éste se distribuirá dentro de dicho concepto.

4.- PERIODICIDAD EN EL REPARTO.-

Primar el aspecto asistencial, conseguir evaluar el cumplimiento de los objetivos en un plazo razonable, y acercar la percepción de los incentivos al periodo en el que se desarrolla la actividad, son los motivos por los que el ANEXO VI del Contrato Programa recoge el abono en dos periodos. En este esquema hay que tener presentes las siguientes circunstancias:

4.1.- PRIMER PAGO: Se abonará preferentemente en el mes de Julio de 1997, sobre lo realizado en los CINCO primeros meses del año, únicamente incluirá el 50% de la cuantía inicial de la Bolsa del CPV.97 y tendrá el carácter de un pago a cuenta. Este pago, en ningún caso podrá superar dicho porcentaje.

4.1.1.- De acuerdo con lo establecido en el apartado 3.2. de estas Instrucciones la Comisión de Seguimiento y el INSALUD valorarán:

	<u>Repercusión</u>
1º. La firma de los objetivos del Servicio correspondiente y conocimiento del Contrato-Programa	10%
2º. El cumplimiento de la Actividad Asistencial global del Centro.	45%
3º. El cumplimiento de los Objetivos de Calidad institucional.	45%

El cumplimiento de la Actividad Asistencial será valorado, aplicando los tres niveles siguientes:

- Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.
- Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.
- Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

- El cumplimiento de los Objetivos de Calidad Institucional será valorado aplicando los tres niveles siguientes:

- Cumplimiento > 90%= 100% de la cuantía.
- Cumplimiento >80% y <90%= 80% de la cuantía.
- Cumplimiento >70% y <80%= 60% de la cuantía.

- Los objetivos de actividad asistencial serán valorados según se establece en los criterios generales recogidos en el Anexo 1 de estas Instrucciones.

- Los Objetivos de Calidad Institucional serán valorados según se establece en el Anexo 2 de estas Instrucciones.

Realizada la valoración correspondiente, la Presidencia Ejecutiva acordará de acuerdo con los criterios anteriores, el porcentaje de la bolsa de Productividad que debe gastar cada Gerencia en este primer pago.

4.1.2.- Por la complejidad de este proceso de nueva implantación en los centros, este primer pago de la CPV.97 se realizará a nivel central de manera excepcional, por la Comisión de Seguimiento e INSALUD, centrándola en los datos de cada Hospital según lo establecido en el apartado 4.1.1.. Sin embargo aquellas Comisiones Mixtas que tuvieran la posibilidad de realizar la evaluación a la que se refiere el apartado 3.2 de estas Instrucciones, podrá seguir el procedimiento establecido para el Primer Pago (4.1.).

En todo caso, las Comisiones Mixtas de cada Hospital, efectuarán una primera evaluación de los objetivos de actividad y calidad de los Servicios y emitirán un informe a la Gerencia, aunque en este primer pago no tenga efectos económicos, sobre el porcentaje relativo a la cantidad de CPV.97 que cada Servicio pueda gastar en este primer pago, en función de los objetivos alcanzados.

La emisión del informe relativo al primer pago, será siempre imprescindible para el abono de las cantidades correspondientes al segundo pago y deberá obrar en la Gerencia antes del 30 de septiembre de 1997.

4.1.3.- En este primer pago no procede repartir entre las Unidades cumplidoras la parte no abonada a las Unidades con menor grado de cumplimiento, dado que al final del año pueden superar esta situación, por lo que, como medida precautoria, es oportuno que la parte porcentual de los que no cumplen totalmente, quede en reserva en el mismo Hospital en función de la cantidad inicial correspondiente a cada Servicio-Unidad hasta la liquidación final.

4.2.- **SEGUNDO PAGO:** Se abonará en el mes de Febrero de 1998, o en Marzo de ese mismo año si no fuese posible completar todas las actuaciones y seguirá las siguientes fases:

4.2.1.- La Comisión de Seguimiento y el INSALUD analizarán junto con los informes de las Comisiones Mixtas la evolución de la plantilla en cada centro, referida a la cobertura de sustituciones de personal facultativo, según lo dispuesto en el apartado 3.1. de estas Instrucciones. En el caso de un

crecimiento no justificado de la cobertura de sustituciones se minorará la partida correspondiente del CPV.97 de los Centros que no cumplan con este objetivo, y se repartirá entre aquellos que haya realizado una correcta gestión de este objetivo.

4.2.2.- Conocida por el centro la cifra disponible, la Comisión Mixta emitirá un informe en los términos establecidos en el apartado 3.2. de estas instrucciones y acordará la cuantía a distribuir en función de la siguiente relación de conceptos y ponderaciones, referidos a cada uno de los Servicios- Unidades:

	<u>Repercusión</u>
1º.- La firma de los objetivos del servicio correspondiente y conocimiento del Contrato Programa.	10%
2º.- Cumplimiento de la Actividad Asistencial.	45%
3º.- Cumplimiento de los Objetivos de Calidad.	
3º.1.- Objetivos de Calidad Institucional.	15%
3º.1.- Objetivos de Calidad específicos del Servicio.	30%

En esta valoración de los Servicios-Unidades deben tenerse presentes los pactos suscritos con los Jefes de Servicio-Unidad, aplicando los criterios generales contemplados en las presentes instrucciones y adaptándolos, si procede, a la realidad de cada uno de ellos.

4.2.3.-Este segundo pago se realiza liquidando la bolsa final disponible (que puede haberse incrementado por las vías especificadas en el Apartado 2º de estas Instrucciones) teniendo en cuenta el primer pago a cuenta efectuado.



ANEXO 1

ASPECTOS ASISTENCIALES: CRITERIOS GENERALES

- En este apartado se contemplan de manera general los objetivos de actividad asistencial a tener en cuenta para el pago de la CPV.97. La Comisión Mixta solamente valorará la actividad asistencial a nivel de los Servicios Médicos y Unidades, de acuerdo con lo establecido en el apartado 4.1.2. de las Instrucciones sobre CPV.97.

- El pacto que se realice entre la Gerencia y cada Servicio-Unidad tendrá en cuenta la capacidad del mismo y los criterios generales recogidos en el Contrato-Programa del Hospital.

- Los Servicios-Unidades a los que no sean de aplicación los indicadores que se señalan en el siguiente párrafo, se entenderá que vinculan sus resultados a los conseguidos por los Servicios-Unidades de los que son tributarios.

- Se valorará a estos efectos únicamente los cuatro indicadores asistenciales que se determinan a continuación:

1.- ESTANCIA MEDIA DEL HOSPITAL: Se tendrá en cuenta la ajustada para cada patología en función de su complejidad. La Estancia Media de referencia para cada patología será la media de la del grupo de Hospitales al que pertenezca el Centro.

2.- CONSULTAS PRIMERAS: El número de Consultas Primarias acordadas en el Contrato Programa del Hospital está calculado de modo tal que garantice el cumplimiento de las demoras pactadas en el citado Contrato, siempre que se cumpla el siguiente requisito:

El número de derivaciones desde Atención Primaria a las consultas de Atención Especializada no sobrepasarán las recogidas en el Anexo 5 (máximo global: 300 derivaciones por 1000 habitantes).

Además el Hospital se compromete a que el número de primeras consultas generado por el propio centro será inferior al 20 %.

3.- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS (CMA + INGRESADAS): El número de intervenciones quirúrgicas programadas, recogidas en el Contrato Programa del Hospital está calculado, de modo tal,

que garantice el cumplimiento de las demoras pactadas en el citado C.P., para lo cual el Hospital se compromete al:

1º.- Cumplimiento del índice de ENTRADAS / SALIDAS pactado.

2º.- Cumplimiento del número de Intervenciones pactadas procedentes de Lista de Espera, respetando , ante igualdad de prioridad, los pacientes con mayor antigüedad en Lista.

3º.- Cumplimiento de la CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA y del porcentaje pactado sobre el número de procesos susceptibles de la misma.


4º.- Control de la indicaciones de intervención.

Además de los anteriores compromisos deberá cumplirse el siguiente requisito por parte de los órganos que se citan a continuación:

- Remisión a las Direcciones Provinciales correspondientes, de un número de pacientes en aquellos hospitales cuya oferta quirúrgica es insuficiente. Dicho número de pacientes con el tipo de patología se ha plasmado en el Contrato Programa, de forma que si el Hospital no cumple la demora establecida por no asumir la Dirección Provincial el número de pacientes que consta en el citado C.P., se estimará que el Hospital ha cumplido.


4.- CUMPLIMIENTO DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.- El número de exploraciones complementarias recogidas en el Contrato Programa del Hospital está calculado de modo tal, que garantice el cumplimiento de las demoras pactadas en el citado C.P., siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1º.- Remisión de un determinado número a Conciertos en aquellos Hospitales cuya oferta es insuficiente o no disponen de equipo.

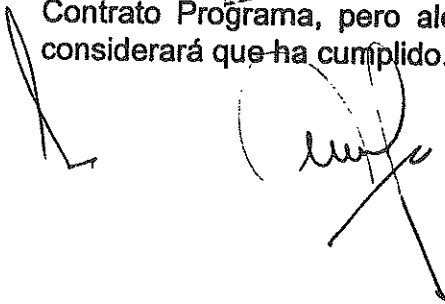
 2º.- Pacto con Atención Primaria de un número de derivaciones máximo a Laboratorio y Radiología.

Además el Hospital se compromete a lo siguiente:

1º.- Utilización adecuada de ese medio diagnóstico o terapéutico, aproximándose a la media de su grupo en aquéllos Hospitales que superan la misma.

 2º.- Rendimiento mínimos por aparatos de acuerdo con los criterios de Ordenación del Ministerio de Sanidad y Consumo especificados para cada equipo.

En caso de que el Hospital no cumpla la actividad recogida en el Contrato Programa, pero alcance el objetivo de demora media pactado, se considerará que ha cumplido.



ANEXO 2

CRITERIOS A APLICAR PARA LA EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD DE CARACTER INSTITUCIONAL: CRITERIOS GENERALES.-

1.- EVALUACION 1º PAGO.-

1.1.- EVALUACIÓN INSTITUCIONAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD PACTADOS EN EL CONTRATO-PROGRAMA. (Repercusión: 45 % del 100 %).

1.1.1- Asignación de un profesional como responsable de cada uno de los objetivos (5% del 15%). Este profesional será el encargado de formar un grupo de mejora o trabajar en una comisión clínica, para llevar a cabo las actividades necesarias para la consecución del objetivo. Salvo para objetivos de estructura, como la asignación de lugar para la información, este profesional no debe ser del equipo directivo. El coordinador del programa de calidad del hospital debe coordinar estas actividades y por lo tanto tampoco debe ser el responsable de los objetivos.

Nº	Objetivos con responsable	Asignación
9 a 11		5%
7 u 8		4%
5 ó 6		3%
3 ó 4		2%
1 ó 2		1%

1.1.2.- Al menos una acción de mejora implantada por cada uno de los objetivos de calidad, para la consecución del nivel pactado, (5%del 15%).

%	Objetivos con acción de mejora	Asignación
9 a 11		5%
7 u 8		4%
5 ó 6		3%
3 ó 4		2%
1 ó 2		1%



1.1.3.- Tener documentados e implantados los 3 protocolos pactados (5% del 15%) en:

- Proceso que incida en lista de espera quirúrgica.
- Proceso incida en lista de espera CCEE.
- Uso adecuado de fármaco/tecnología.

Nº protocolos	Asignación
3	5%
2	4%
1	3%

Para este primer pago los objetivos a evaluar institucionalmente en los apartados 1.1.2. y 1.1.3. de este anexo deberán estar al menos en proceso de implantación

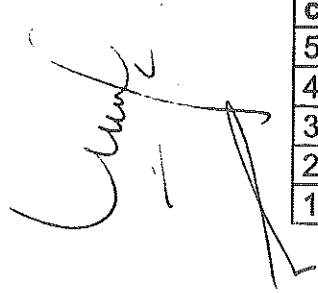
1.2.- COMISIONES CLINICAS: (Repercusión : 15% del 45%).

1.2.1.- Pacto de al menos un objetivo entre el equipo directivo y las Comisiones Clínicas de : Farmacia, Infecciones, Historias Clínicas, Tejidos y mortalidad, Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos

1.2.2.- Mínimo de 3 reuniones por cada una de las Comisiones, con informe emitido.

Para la asignación se contabilizan cuántas, de las 5 comisiones mencionadas, cumplen los dos requisitos.

Nº Comisiones que cumplen los dos requisitos	Asignación
5	15%
4	12%
3	10%
2	5%
1	2%

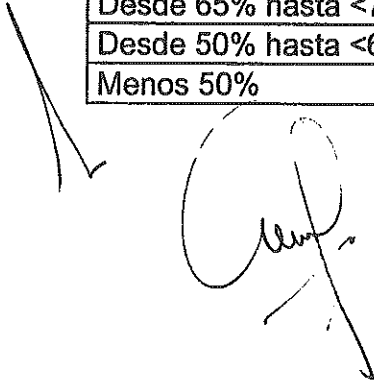


1.3.- CODIFICACIÓN DEL CMBD. (Repercusión 15% del 45%).-

1.3.1.- CMBD cumplimentado al menos en un 85%.-

El baremo se establece según la siguiente tabla:

Grado de cumplimiento	Nivel	Asignación
85% o más	A	15%
Desde 75% hasta <85%	B	10%
Desde 65% hasta <75%	C	7%
Desde 50% hasta <65%	D	5%
Menos 50%	E	0%



ANEXO 3

CRITERIOS A APLICAR EN EL HOSPITAL PARA LA EVALUACION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD PACTADOS POR LOS SERVICIOS.
(Repercusión: 45% del 100%).

1.- EVALUACION 2º PAGO.-

A) El cumplimiento de los objetivos institucionales de calidad recogidos en el Anexo 2, tendrá una repercusión del 15%, y deberá ser evaluado por la Comisión Mixta. Esta evaluación deberá tener en cuenta no sólo la implantación de los mismos, sino también su grado de ejecución.

B) Cada Servicio debe haber pactado, al menos, 3 objetivos de calidad, que deberán ser evaluados para este segundo pago y su cumplimiento tendrá una repercusión del 30% (10% para cada uno).

- De ellos, 2 deben seleccionarse entre aquellos incluidos en los objetivos institucionales del Contrato-Programa especificados en el apartado 2º de este Anexo. Uno de éstos, y para aquellos Servicios-Unidades que emitan informe clínico de alta de hospitalización, será de elección obligatoria la cumplimentación correcta del CMBD, y su envío al archivo en el plazo previamente establecido.
- El tercer objetivo de calidad estará incluido en el apartado de los considerados objetivos específicos del Servicio. Este objetivo puede estar, si se desea, relacionado también con los objetivos denominados institucionales. En todos caso, la protocolización de los procesos asistenciales más frecuentes, debería ser una de las líneas prioritarias de trabajo en los objetivos de calidad de los Servicios.
- En el caso de que un Servicio, generalmente no clínico, no pueda aplicar en función de sus características los objetivos de calidad Institucionales, debe elegir 3 objetivos de los denominados específicos de los servicios y que tendrán una valoración similar a la suma de los institucionales más los específicos (30%).
- La implantación de un programa de calidad en los Servicios debe seguir la misma estrategia llevada a cabo a nivel Institucional.

Tener un responsable en cada uno de los servicios. Su nombramiento deberá ser considerado un factor positivo por la Comisión Mixta. Dicho responsable será el encargado de la monitorización del objetivo, su seguimiento y la propuesta de las mejoras o correcciones precisas para su consecución a final del año. El Jefe de Servicio, como máximo responsable del mismo, deberá

coordinar tales iniciativas y establecer las reuniones precisas con el resto de médicos y facultativos para su adecuada implementación.

La metodología de evaluación y la asignación de niveles alcanzados de calidad, debe ser homogénea y la misma que se utiliza en la evaluación anual del Programa de Calidad incluido en el Anexo de Calidad del CP, ya que el sumatorio de los resultados de los diferentes servicios dará el nivel final de calidad alcanzada.

2.- OBJETIVOS INSTITUCIONALES A PACTAR EN LOS SERVICIOS

MEJORAR LA GESTION DE LAS RECLAMACIONES.-

Contestar las reclamaciones en plazo < 30días	Indicador: % reclamaciones contestadas en plazo < a 30 días
---	---

MEJORA DE LA INFORMACIÓN.-

Servicios clínicos con lugar y horario para la información a familiares y que se utilice regularmente	Indicador: % Sº con Lugar y Horario para la Información
Mejora de la información clínica	Indicador: Nº Procedimientos quirúrgicos y diagnósticos con Documento Consentimiento Informado de acuerdo a criterios de calidad previamente establecidos. Se deben priorizar los procedimientos de riesgo más frecuentes en cada uno de los Servicios
	Indicador: % Pac. con Documento de Consentimiento Informado en su HC, correctamente cumplimentado y firmado por médico y paciente.
	% Pac. satisfechos con Información Clínica

Handwritten signature and mark

GESTION DE LISTA DE ESPERA.-

Mejorar la cumplimentacion de criterios en la inclusion de pacientes en lista de espera. Circular 3/94 fecha 21-2-94	Indicador: % Pacientes incluidos en Lista Espera que cumplen los criterios de inclusion previamente establecidos
--	--

IMPLANTAR PROTOCOLOS.-

Protocolo de profilaxis antibiotica	Indicador:% Pacientes con Profilaxis Ab. según Protocolo
Protocolo de un proceso que incida en lista espera quirurgica	Indicador: % Pacientes tratados de acuerdo al Protocolo
Protocolo de un proceso que incida en lista espera 1ª consulta	Indicador: % Pacientes .tratados de cuerdo al Protocolo
Protocolo de uso adecuado de farmacos/ o tecnología.	%Pacientes tratados de acuerdo al Protocolo

INFECCION HOSPITALARIA.-

Implantar sistema de vigilancia en infeccion hospitalaria	Indicador: Sistema de vigilancia implantado
---	--

RESULTADO DE LA EVALUACION: CLASIFICACION EN NIVELES

El resultado de la evaluación estratificado por niveles puede servir de ayuda en los hospitales para la distribución del Complemento de Productividad Variable.

A continuación se detallan los niveles de calidad que se han aplicado en el pacto de los objetivos de calidad del apéndice A del Contrato-Programa.

En cualquier caso alcanzar el nivel previsto en el Contrato-Programa para los distintos objetivos de calidad, supondrá alcanzar el grado máximo del mismo (100%), tanto para el Hospital como para los Servicios-Unidades.

	Gestion reclamaciones	lugar y horario para la informacion
Niveles	rango (%)	rango (%)
A Excelencia	> 95	> 95
B	85-95	85-95
C	70-85	70-85
D	50-70	50-70
E	< 50	< 50

	Nº documentos de consentimiento informado	Implantacion del consentimiento informado
Niveles	rango (nº)	rango (%)
A Excelencia	> 20	> 95
B	10-20	85-95
C	5-9	70-85
D	1-4	50-70
E	0 ó Doc. Genérico	< 50

	Satisfaccion con la informacion clinica	Existencia programa de acogida
niveles	rango (%)	
A Excelencia	> 95	PA Documentado + folleto informativo
B	90-95	PA Documentado sin folleto
C	85-90	PA No documentado + folleto
D	80-85	PA No Documentado sin Folleto
E	< 80	NO PA, No Folleto inf.

Niveles	Pacientes satisfechos con la información general	Pacientes con criterios de inclusión en lista de espera
A Excelencia	> 95	> 95
B	90-95	85-95
C	85-90	70-85
D	75-85	50-70
E	< 75	< 50

	Pacientes tratados de acuerdo a protocolo
Niveles	rango (%)
A Excelencia	> 90
B	80-90
C	70-80
D	50-70
E	< 50

Niveles	Sistemas de vigilancia en infeccion hospitalaria
A Excelencia	incidencia > 80% servicios qx. + prevalencia
B	Incidencia > 80% Servicios Qx.
C	Incidencia 50-80% Servicios Qx. + Prevalencia
D	Incidencia 50-80% Servicios Qx.
E	Incidencia <50% Servicios Qx. + Prevalencia
F	Incidencia <50% Servicios Qx.
G	Prevalencia todo el Hospital
H	Prevalencia algún servicio del Hospital
I	No existe sistema de vigilancia implantado

	Cumplimentación del CMBD
Nivel	Rango(%)
A Excelencia	>85
B	75-85
C	65-75
D	50-65
E	< 50

POR LA ADMINISTRACION,
*EL PRESIDENTE EJECUTIVO
DEL INSALUD,*

- Alberto Nuñez Feijoo -

POR LA CESM,
EL SECRETARIO GENERAL,

- Carlos Amaya Pombo -

Madrid, 16 de abril de 1997

**PRODUCTIVIDAD VARIABLE DE 1997
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, GRUPO B**

Uno de los compromisos más claramente asumidos por los órganos de dirección del INSALUD, compartido por las Organizaciones Sindicales es el de establecer un sistema general de incentivación para todo el personal, ligado a la consecución de los objetivos que en cada momento se suscriban en la Organización. El presente documento se sitúa en esa dirección aunque su contenido podrá y deberá ser modificado y perfilado en un futuro inmediato para establecer definitivamente unos criterios objetivos que permitan medir y retribuir los diferentes grados de implicación y participación de los profesionales.

El Punto 6.7 del Contrato Programa suscrito entre La Presidencia Ejecutiva del INSALUD y cada Centro de Atención Especializada establece "El cumplimiento del Contrato Programa del Hospital dará derecho a la percepción de incentivos, en concepto de productividad variable, en la cuantía máxima reflejada en el Anexo VI".

Este ANEXO VI especifica la cantidad de CPV-97 para personal de enfermería (Grupo B) que percibirá el centro en caso de cumplimiento de los Objetivos, cantidad que podrá incrementarse, al cierre del ejercicio, con la totalidad del crédito que cada Centro genere de su propio presupuesto; quedando pendientes de definir los criterios de incentivación de estos profesionales.

En la medida que dicho Contrato Programa haya reflejado adecuadamente la realidad del Hospital, y consecuentemente de sus respectivos Servicios y Unidades la incentivación será efectiva. Ambas partes asumen que el procedimiento debe basarse en la sencillez del proceso, en la descentralización, en su transparencia, y en la mutua confianza entre los profesionales de enfermería y Gerencia, lo que requiere el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Asimismo, consideran que la participación activa de la Comisión de Seguimiento formada en cada Centro por las Organizaciones Sindicales firmantes puede dar un eficaz apoyo para que la Productividad Variable sea un instrumento incentivador del personal de enfermería, basado en la equidad y retribuyendo en proporción a los méritos y resultados de cada Servicio o Unidad.

El responsable de la Unidad asistencial y la totalidad del personal de enfermería que la integran debe conocer con antelación con qué recursos conseguirán los objetivos pactados para un determinado incentivo anual. De esta forma el proceso de descentralización de la gestión será participativo y, por lo tanto, motivador.

[Handwritten signatures and notes on the left margin]
M.ª Encasa Forj
cc. 00.



Todo lo anterior requiere un proceso de distribución lo más claro posible, que se detalla a continuación:

1.- AMBITO DE APLICACIÓN

Lo dispuesto en el presente documento será de aplicación a todo el personal de enfermería de Atención Especializada del INSALUD Gestión Directa, que perciba sus retribuciones conforme a lo establecido en el Real Decreto Ley 3/87, de 11 de Septiembre, sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud.

2.- CUANTIA DE LA BOLSA DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE.-

La cuantía inicial del CPV-97 para el grupo B del PERSONAL DE ENFERMERIA, (ATS/DUE, Matronas, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales), del conjunto de los hospitales asciende a 1.640 millones de ptas., distribuido por Centros en función del número de este personal existente a 1 de enero de 1997 para la primera evaluación, y a 31 de diciembre de 1997 para la segunda y, a su vez por Servicios y Unidades Asistenciales, de acuerdo con el mismo criterio.

El abono se efectuará en un sólo pago, una vez realizada la segunda evaluación conforme a los criterios establecidos en los siguientes apartados, y se llevará a cabo preferentemente en los meses de febrero o marzo.

Cada Servicio y Unidad Asistencial debe conocer la cuantía inicial del CPV-97 que le corresponde en el momento de la negociación del pacto con la Gerencia, así como los criterios de asignación recogidos en este documento, según los resultados que obtenga cada Servicio-Unidad y Hospital, descritos en los apartados siguientes.

Asimismo a estos efectos se tendrán en cuenta los créditos generados por los Centros a través de su propio presupuesto.

3.- CRITERIOS GENERALES

3.1. Es objetivo de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD lograr una mayor adecuación de este incentivo a los distintos grados de cumplimiento y de implicación en el conjunto de la actividad asistencial por parte de los distintos Servicios-Unidades y su personal de enfermería.

Por ello, aunque el cumplimiento global de un centro sea inadecuado, es preciso que los Servicios-Unidades que cumplan perciban Productividad Variable

Para ello es conveniente puntualizar lo siguiente:



- La cuantía final global a que cada Centro tenga derecho en concepto de Productividad Variable constituye un recurso retributivo correspondiente al propio Centro de Gasto y al ejercicio económico de 1997

- Dicha Productividad Variable no podrá trasladarse a otros Centros de Gestión, total o parcialmente.

3.2. La Comisión de Seguimiento del Hospital, de acuerdo con los informes de la Comisión de Objetivos y con las previsiones recogidas en el Contrato-Programa de 1997, tendrá entre otras funciones la de evaluar descentralizadamente el cumplimiento de los objetivos pactados por cada Servicio y Unidad, y en razón del grado de consecución de los mismos, emitir un informe indicando las cuantías que en concepto de CPV.97, corresponden a cada uno de ellos.

Dicho informe será admitido en todo caso por la Comisión de Dirección del Centro, salvo que el mismo sea contrario a derecho, en cuyo caso su desestimación deberá hacerse por escrito, de forma motivada y justificada. En este caso, la Comisión de Seguimiento formulará, en un plazo no superior a 15 días, una nueva propuesta de incentivación, teniendo en cuenta las alegaciones hechas por la Gerencia en su escrito de desestimación

De modo excepcional, la valoración de los objetivos correspondientes a la primera valoración del año 1997, se hará de forma centralizada según lo previsto en el apartado 4.1 del presente documento.

3.3. En el pacto de los Servicios del Hospital además de los objetivos que se hayan acordado, se determinará cuáles son aquellos que directamente se vinculan con el abono de la CPV.97.

3.4. El reparto de la CPV 97 entre los distintos Servicios-Unidades del Hospital se vinculará directamente al nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en la siguiente tabla:

ACTIVIDADES EVALUADAS	GRADO DE REPERCUSION SOBRE EL CPV.97 (TOTAL:100%)
1º Actividad Asistencial:	40 %
2º <i>Objetivos de Calidad:</i>	40%
3º Firma de los objetivos del Servicio correspondiente y del conocimiento del Contrato Programa.	5 %
4º <i>Absentismo.</i>	15 %

3.5. La actividad asistencial evaluable para el cobro de la CPV.97 representa un 40 % del total de dicha productividad.



3.6. Los objetivos de Calidad evaluables a efectos del CPV.97 son de dos tipos: Los institucionales del Hospital, y los pactados específicamente por los Servicios. En su conjunto, representan un 40 % del total del CPV.97.

En el caso de que un Servicio no asistencial, no pueda aplicar, en función de sus características, los objetivos de calidad institucionales, debe elegir dos objetivos de los denominados específicos de los Servicios y que tendrán una valoración similar a la suma de los institucionales más los específicos.

Para 1997 dada la complejidad del proceso de evaluación y el momento avanzado en que nos encontramos, así como, la dificultad inherente a la implantación de este nuevo sistema de evaluación, estos objetivos de calidad serán los siguientes:

- a) Mejora de la gestión de las reclamaciones y,
- b) Mejora de la información en general.

3.7 La firma del Contrato-Programa de 1997 supone el aval de su conocimiento, de acuerdo con los principios recogidos en la Resolución de 27 de marzo de 1997, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. La firma de los objetivos del servicio ligados al CPV.97 supone que todo el personal de enfermería de éste ha sido informado con detalle de los mismos, de acuerdo con los criterios de la citada Resolución. Este apartado tendrá una repercusión en el CPV.97 del 5% sobre el total.

3.8. En el caso de no alcanzarse los objetivos pactados de actividad asistencial y de calidad se generará un remanente que se destinará a incentivar aquellos Servicios-Unidades que hubieran obtenido los mejores niveles de resultados de actividad y calidad del Hospital, respectivamente. En este sentido se valorará el grado de consecución de los objetivos pactados por tramos destinándose la bolsa antes citada, a incentivar de forma proporcional al logro de los objetivos pactados, a aquellos servicios y unidades cuyo grado de cumplimiento esté por encima de la media del Hospital en cuestión.

Si hubiera remanente correspondiente al proceso de firma, éste se distribuirá dentro de dicho concepto entre los profesionales del Hospital que lo hayan suscrito.

3.9. El absentismo se entenderá siempre, como es obvio, respetando los contenidos de los Acuerdos de 1992, y tendrá una repercusión en el CPV.97 del 15% sobre el total. Los criterios para su valoración se fijarán a nivel de Centro entre la Comisión de Seguimiento y la Dirección-Gerencia.



4.- PERIODICIDAD EN LAS VALORACIONES.-

Primar el aspecto asistencial, conseguir evaluar el cumplimiento de los objetivos en un plazo razonable, y acercar la percepción de los incentivos al periodo en el que se desarrolla la actividad, son los motivos por los que el ANEXO VI del Contrato Programa recoge el abono o evaluación en dos periodos. En este esquema hay que tener presentes las siguientes circunstancias:

4.1.- PRIMERA EVALUACIÓN: Se efectuará preferentemente en el mes de Julio de 1997, sobre lo realizado en los CINCO primeros meses del año, y sobre el 45 % de la cantidad total.

- Cantidad a repartir:

- 5% del total por la firma del Contrato-Programa para 1997.

- 20 % del total por cumplimiento de los objetivos de actividad asistencial.

- 20 % del total por el cumplimiento de los objetivos de calidad.

- **Valoración:** (Sobre el cumplimiento de actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).

* Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.

* Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.

* Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

Realizada la valoración correspondiente, la Presidencia Ejecutiva acordará de acuerdo con los criterios anteriores, el porcentaje de la bolsa de Productividad que debe asignarse a cada Gerencia en esta primera evaluación.

Por la complejidad de este proceso de nueva implantación en los centros, esta primera evaluación de la CPV.97 se realizará a nivel central de manera excepcional a través de la Comisión de Seguimiento, prevista en el apartado 5.1 de este documento.

En esta primera evaluación no procede distribuir entre las Unidades cumplidoras la parte no asignada a las Unidades con menor grado de cumplimiento, dado que al final del año pueden superar esta situación, por lo que, como medida precautoria, es oportuno que la parte porcentual de los que no cumplen totalmente, quede en reserva en el mismo Hospital en función de la cantidad inicial correspondiente a cada Servicio-Unidad hasta la liquidación final.



4.2.- SEGUNDA EVALUACIÓN: Se realizará en el mes de Febrero de 1998. La cantidad sobre la que se realizará esta evaluación es el 55 % de la cantidad total.

- **Cantidad a repartir:** (Sobre valoración de los objetivos de actividad asistencial y de calidad)

-20 % del total por cumplimiento de los objetivos de actividad asistencial.

-20 % del total por cumplimiento de los objetivos de calidad:

- 5 % por cumplimiento de objetivos de calidad institucional.

- 15 % por cumplimiento de los objetivos de calidad específicos del Servicio.

- 15 % por absentismo.

La valoración de este 15 % sobre absentismo se realizará computando el año completo, y se llevarán a cabo las retenciones individuales que fueran procedentes, con cuyas cantidades se constituirá una bolsa que se distribuirá entre los profesionales de la Unidad o Servicio

- **Valoración:** (Sobre el cumplimiento de actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).


* Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.

* Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.

* Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

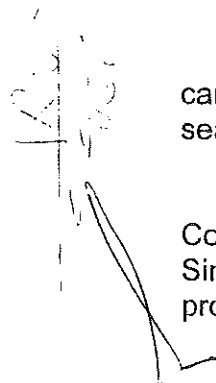


5.- COMISION DE SEGUIMIENTO



5.1. Se crea una Comisión de Seguimiento, a nivel central, compuesta paritariamente por la Administración y por las Organizaciones Sindicales firmantes del presente documento. Esta Comisión tendrá fundamentalmente las siguientes funciones:

- Evaluar la aplicación de los criterios contenidos en este documento.
- Elevar propuestas de solución para las discrepancias que puedan producirse en la aplicación del mismo.
- Llevar a cabo una acción de control sobre la distribución de las cuantías de la productividad variable entre los diversos Centros.



Con carácter ordinario se reunirá al menos dos veces al año y con carácter extraordinario cuando las circunstancias lo hagan preciso o cuando sea solicitado por el 50% de sus miembros.

5.2. En todos los Centros de Atención Especializada existirá una Comisión de Seguimiento compuesta por miembros de las Organizaciones Sindicales firmantes, que tendrá una participación activa en el reparto de la productividad variable.

**PRODUCTIVIDAD VARIABLE DE 1997
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA GRUPOS C Y D
Y DEL PERSONAL NO SANITARIO**

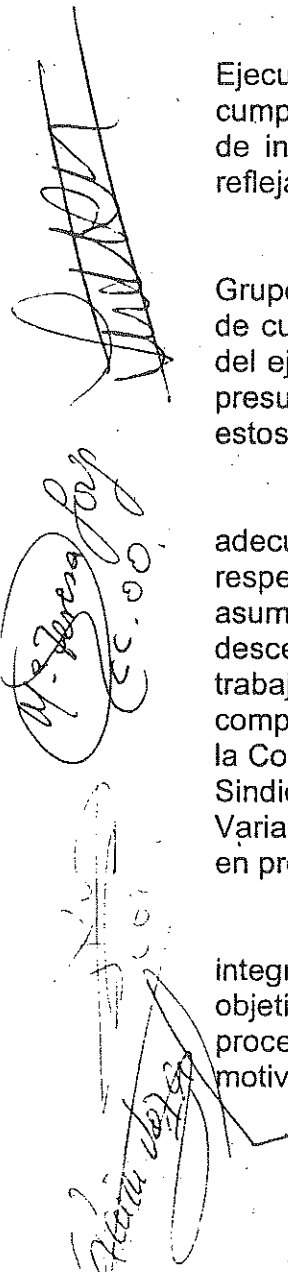
Uno de los compromisos más claramente asumidos por los órganos de dirección del INSALUD, compartido por las Organizaciones Sindicales es el de establecer un sistema general de incentivación para todo el personal, ligado a la consecución de los objetivos que en cada momento se suscriban en la Organización. El presente documento se sitúa en esa dirección aunque su contenido podrá y deberá ser modificado y perfilado en un futuro inmediato para establecer definitivamente unos criterios objetivos que permitan medir y retribuir los diferentes grados de implicación y participación de los trabajadores.

El Punto 6.7 del Contrato Programa suscrito entre La Presidencia Ejecutiva del INSALUD y cada Centro de Atención Especializada establece "El cumplimiento del Contrato Programa del Hospital dará derecho a la percepción de incentivos, en concepto de productividad variable, en la cuantía máxima reflejada en el Anexo VI".

Este ANEXO VI especifica la cantidad de CPV-97 para personal del Grupo B y del personal incluido en otros Grupos que percibirá el centro en caso de cumplimiento de los objetivos, cantidad que podrá incrementarse, al cierre del ejercicio, con la totalidad del crédito que cada Centro genere de su propio presupuesto; quedando pendientes de definir los criterios de incentivación de estos trabajadores.

En la medida que dicho Contrato Programa haya reflejado adecuadamente la realidad del Hospital, y consecuentemente de sus respectivos Servicios y Unidades la incentivación será efectiva. Ambas partes asumen que el procedimiento debe basarse en la sencillez del proceso, en la descentralización, en su transparencia, y en la mutua confianza entre los trabajadores y la Gerencia, lo que requiere el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Asimismo, consideran que la participación activa de la Comisión de Seguimiento constituida en cada Centro por las Organizaciones Sindicales firmantes, puede dar un eficaz apoyo para que la Productividad Variable sea un instrumento incentivador, basado en la equidad y retribuyendo en proporción a los méritos y resultados de cada Servicio, Unidad u Hospital.

El responsable de la Unidad asistencial y la totalidad del personal que la integran debe conocer con antelación con qué recursos conseguirán los objetivos pactados para un determinado incentivo anual. De esta forma el proceso de descentralización de la gestión será participativo y, por lo tanto, motivador.



Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large signature at the top, a signature with the name 'M. Teresa Lopez' and 'CC. 00.33' below it, and another signature at the bottom.



Todo lo anterior requiere un proceso de distribución lo más claro posible, que se detalla en las siguientes INSTRUCCIONES:

1.- AMBITO DE APLICACIÓN

Lo dispuesto en las presentes Instrucciones será de aplicación a todo el personal de enfermería de Atención Especializada del INSALUD Gestión Directa, de los Grupos C y D y del personal no sanitario que perciba sus retribuciones conforme a lo establecido en el Real Decreto Ley 3/87, de 11 de Septiembre, sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud.

2.- CUANTIA DE LA BOLSA DE PRODUCTIVIDAD VARIABLE.-

La cuantía inicial del CPV-97 para los Grupos C y D del PERSONAL DE ENFERMERIA, (Técnicos Especialistas y Auxiliares de Enfermería), del conjunto de los hospitales asciende a 523 millones de ptas., distribuido por Centros en función del número de este personal existente a 1 de enero de 1997 para la primera evaluación, y a 31 de diciembre de 1997 para la segunda y, a su vez por Servicios y Unidades Asistenciales, de acuerdo con el mismo criterio.

Para el personal no sanitario la cuantía inicial de CPV-97 será de 637 millones en las mismas condiciones que los anteriores.

El abono en ambos casos se efectuará en un solo pago, una vez realizada la segunda evaluación conforme a los criterios establecidos en los siguientes apartados, y se llevará a cabo preferentemente en los meses de febrero o marzo.

Cada Servicio, Unidad Asistencial u Hospital conocerá la cuantía inicial del CPV-97 que le corresponde en el momento de la negociación del pacto con la Gerencia, así como los criterios de asignación recogidos en este documento, según los resultados que obtenga cada Servicio-Unidad y Hospital, descritos en los apartados siguientes.

Asimismo a estos efectos se tendrán en cuenta los créditos generados por los Centros a través de su propio presupuesto.



3.- CRITERIOS GENERALES

3.1. Es objetivo de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD lograr una mayor adecuación de este incentivo a los distintos grados de cumplimiento y de implicación en el conjunto de la actividad asistencial por parte de los distintos Servicios-Unidades y su personal de enfermería de los Grupos C y D y del personal no sanitario.

Para ello es conveniente puntualizar lo siguiente:

- La cuantía final global a que cada Centro tenga derecho en concepto de Productividad Variable constituye un recurso retributivo correspondiente al propio Centro de Gasto y al ejercicio económico de 1997

- Dicha Productividad Variable no podrá trasladarse a otros Centros de Gestión, total o parcialmente.

3.2. La Comisión de Seguimiento del Hospital, de acuerdo con los informes de la Comisión de Objetivos y con las previsiones recogidas en el Contrato-Programa de 1997, tendrá entre otras funciones la de evaluar descentralizadamente el cumplimiento de los objetivos pactados por cada Servicio, Unidad y Hospital.

De modo excepcional, la valoración de los objetivos correspondientes a la primera valoración del año 1997, se hará de forma centralizada según lo previsto en el apartado 4.1 del presente documento.

3.3. En el pacto de los Servicios del Hospital además de los objetivos que se hayan acordado, se determinará cuáles son aquellos que directamente se vinculan con el abono de la CPV.97 para el personal de enfermería de los Grupos C y D.

3.4. El reparto de la CPV 97 entre los distintos Servicios-Unidades del Hospital se vinculará directamente al nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en las tablas que a continuación se indican:



3.4.1. Para el personal de enfermería de los Grupos C y D

ACTIVIDADES EVALUADAS	GRADO DE REPERCUSION SOBRE EL CPV.97 (TOTAL:100%)
1º Actividad Asistencial:	40 %
2º <i>Objetivos de Calidad:</i>	40%
3º Firma de los objetivos del Servicio correspondiente y del conocimiento del Contrato Programa.	5 %
4º <i>Absentismo</i>	15 %

3.4.1.1 La actividad asistencial evaluable para el cobro de la CPV.97 representa un 40 % de dicha productividad.

3.4.1.2. Los objetivos de Calidad evaluables a efectos del CPV.97 son de dos tipos: Los institucionales del Hospital, y los pactados específicamente por los Servicios. En su conjunto, representan un 40 % del CPV.97,

En el caso de que un Servicio no asistencial, no pueda aplicar en función de sus características los objetivos de calidad institucionales, debe elegir dos objetivos de los denominados específicos de los Servicios y que tendrán una valoración similar a la suma de los institucionales más los específicos.

Para 1997 dada la complejidad del proceso de evaluación y el momento avanzado en que nos encontramos, así como la dificultad inherente a la implantación de este nuevo sistema de evaluación, estos objetivos de calidad serán los siguientes:

- a) Mejora de la gestión de las reclamaciones.
- b) Mejora de la información en general.

3.4.1.3. La firma del Contrato-Programa de 1997 supone el aval de su conocimiento, de acuerdo con los principios recogidos en la Resolución de 27 de marzo de 1997, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. La firma de

[Handwritten signatures and initials on the left margin, including 'S. C. C.', 'S. C. C.', and 'S. C. C.']



los objetivos del Servicio ligados al CPV.97 supone que todo el personal de enfermería del Grupo C y D de éste ha sido informado con detalle de los mismos, de acuerdo con los criterios de la citada Resolución. Este apartado tendrá una repercusión en el CPV.97 del 5% sobre el total.

3.4.1.4. En el caso de no alcanzarse los objetivos pactados de actividad asistencial y de calidad se generará un remanente que se destinará a incentivar aquellos Servicios-Unidades que hubieran obtenido los mejores niveles de resultados de actividad y calidad del Hospital, respectivamente. En este sentido se valorará el grado de consecución de los objetivos pactados por tramos destinándose la bolsa antes citada, a incentivar de forma proporcional al logro de los objetivos pactados, a aquellos servicios y unidades cuyo grado de cumplimiento esté por encima de la media del Hospital en cuestión.

Si hubiera remanente del proceso de firma, éste se distribuirá dentro de dicho concepto.

3.4.1.5. El absentismo se entenderá siempre, respetando los contenidos de los Acuerdos de 1992 y tendrá una repercusión en el CPV.97 del 15% sobre el total. Los criterios para su valoración se fijarán a nivel de Centro entre la Comisión de Seguimiento y la Dirección-Gerencia.

3.4.2. Para el Personal no Sanitario

ACTIVIDADES EVALUADAS	GRADO DE REPERCUSION SOBRE EL CPV.97 (TOTAL:100%)
1º Actividad Asistencial:	40 %
2º <i>Objetivos de Calidad:</i>	40%
3º Firma de los objetivos del Servicio correspondiente y del conocimiento del Contrato Programa.	5%
4º <i>Absentismo.</i>	15 %

3.4.2.1. De este personal depende lógicamente también el buen funcionamiento del Hospital y la consecución de los objetivos globales contemplados en el Contrato-Programa, por lo que puede y debe vincularse a ese cumplimiento el cobro de la productividad variable para este personal. La representación de este personal, por tanto, será



consultada e informada sobre el cumplimiento de los objetivos del Contrato-Programa para su traslado a todos los trabajadores del Centro.

3.4.2.2 La actividad asistencial evaluable para el cobro de la CPV.97 representa un 40% de dicha productividad.

3.4.2.3. Los objetivos de Calidad evaluables a efectos del CPV.97 son: Los institucionales del Hospital. En su conjunto, representan un 40 % del CPV.97

3.4.2.4. La firma del Contrato-Programa de 1997 supone el aval de su conocimiento, de acuerdo con los principios recogidos en la Resolución de 27 de marzo de 1997, de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. La firma de los objetivos del Servicio ligados al CPV.97 supone que todo el personal no sanitario de éste ha sido informado con detalle de los mismos, de acuerdo con los criterios de la citada Resolución. Este apartado tendrá una repercusión en el CPV.97 del 5% sobre el total.

3.4.2.5. El absentismo se entenderá siempre respetando los contenidos de los Acuerdos de 1992, y tendrá una repercusión en el CPV.97 del 15 % sobre el total. Los criterios para su valoración se fijarán a nivel de Centro entre la Comisión de Seguimiento y la Dirección-Gerencia.

4.- PERIODICIDAD EN LAS VALORACIONES.-

Primar el aspecto asistencial, conseguir evaluar el cumplimiento de los objetivos en un plazo razonable, y acercar la percepción de los incentivos al periodo en el que se desarrolla la actividad, son los motivos por los que el ANEXO VI del Contrato Programa recoge el abono o evaluación en dos periodos.

4.1. Personal de Enfermería de los Grupos C y D

4.1.1.- PRIMERA EVALUACIÓN: Se efectuará preferentemente en el mes de Julio de 1997, sobre lo realizado en los CINCO primeros meses del año y sobre el 45% de la cantidad total.

- **Cantidad a repartir**: 45% de la bolsa inicial.

- * 5% del total por la firma del Contrato-Programa para 1997.
- * 20% del total por cumplimiento de la actividad asistencial.
- * 20% del total por cumplimiento de los objetivos de calidad.



- **Valoración:** (sobre el cumplimiento de la actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).

- * Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

Realizada la valoración correspondiente, la Presidencia Ejecutiva acordará de acuerdo con los criterios anteriores, el porcentaje de la bolsa de Productividad que debe asignarse a cada Gerencia en esta primera evaluación.

Por la complejidad de este proceso de nueva implantación en los centros, esta primera evaluación de la CPV.97 se realizará a nivel central de manera excepcional a través de la Comisión de Seguimiento, prevista en el apartado 5.1 de este documento.

En esta primera evaluación no procede distribuir entre las Unidades cumplidoras la parte no asignada a las Unidades con menor grado de cumplimiento, dado que al final del año pueden superar esta situación, por lo que, como medida precautoria, es oportuno que la parte porcentual de los que no cumplen totalmente, quede en reserva en el mismo Hospital en función de la cantidad inicial correspondiente a cada Servicio-Unidad hasta la liquidación final.

4.1.2.- SEGUNDA EVALUACIÓN: Se realizará en el mes de Febrero de 1998, y se efectuará sobre el 55% de la cantidad total.

- **Cantidad a repartir:** 55% de la bolsa inicial.

- *20% del total por cumplimiento de la actividad asistencial.
- *20% del total por cumplimiento de los objetivos de calidad:

- 5%: Objetivos de calidad institucional.
- 15%: Objetivos de calidad específicos del Servicio.

*15% del total por absentismo.

La valoración de este absentismo se realizará computando el año completo y se llevarán a cabo las retenciones individuales que fueran procedentes, con cuyas cantidades se constituirá una bolsa que se distribuirá entre los profesionales de la Unidad o Servicio.

- **Valoración:** (sobre el cumplimiento de la actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).



- * Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

4.2. Personal no sanitario

4.2.1. PRIMERA EVALUACION.- Se efectuará preferentemente en el mes de julio de 1997 sobre lo realizado en los CINCO primeros meses del año y sobre el 45% de la bolsa inicial.

- **Cantidad a repartir:** 45% de la cantidad inicial.

- * 20% del total por cumplimiento de la actividad asistencial.
- * 20% del total por cumplimiento de los objetivos de calidad.
- * 5% del total por la firma del contrato-programa para 1997.

- **Valoración:** (sobre el cumplimiento de la actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).

- * Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

Realizada la valoración correspondiente, la Presidencia Ejecutiva acordará de acuerdo con los criterios anteriores, el porcentaje de la bolsa de Productividad que debe asignarse a cada Gerencia en esta primera evaluación.

Por la complejidad de este proceso de nueva implantación en los centros, esta primera evaluación de la CPV.97 se realizará a nivel central de manera excepcional a través de la Comisión de Seguimiento, prevista en el apartado 5.1 de este documento.

En esta primera evaluación no procede distribuir entre las Unidades cumplidoras la parte no asignada a las Unidades con menor grado de cumplimiento, dado que al final del año pueden superar esta situación, por lo que, como medida precautoria, es oportuno que la parte porcentual de los que no cumplen totalmente, quede en reserva en el mismo Hospital en función de la cantidad inicial correspondiente a cada Servicio-Unidad hasta la liquidación final.

4.2.2. SEGUNDA EVALUACION.-: Se realizará en el mes de febrero de 1998 y se efectuará sobre el 55% de la cantidad total .



- **Cantidad a repartir:** 55% de la bolsa inicial

- * 20% del total por el cumplimiento de la actividad asistencial.
- * 20% del total por cumplimiento de los objetivos de calidad.
- * 15% del total por absentismo.

La valoración del absentismo se realizará computando el año completo, y se llevarán a cabo las retenciones individuales que fueran procedentes, con cuyas cantidades se constituirá una bolsa que se distribuirá entre los profesionales de la Unidad o Servicio.

- **Valoración:** (sobre el cumplimiento de la actividad asistencial y cumplimiento de objetivos institucionales de calidad).

- * Cumplimiento > 95% = 100 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >85% y <95% = 75 % de la cuantía.
- * Cumplimiento entre >75% y < 85% = 50 % de la cuantía

5.- COMISION DE SEGUIMIENTO

5.1. Se crea una Comisión de Seguimiento, a nivel central, compuesta paritariamente por la Administración y por las Organizaciones Sindicales firmantes del presente documento. Esta Comisión tendrá fundamentalmente las siguientes funciones:

- a) Evaluar la aplicación de los criterios contenidos en este documento.
- b) Elevar propuestas de solución para las discrepancias que puedan producirse en la aplicación del mismo.
- c) Llevar a cabo una acción de control sobre la distribución de las cuantías de la productividad variable entre los diversos Centros.

Con carácter ordinario se reunirá al menos dos veces al año y con carácter extraordinario cuando las circunstancias lo hagan preciso o cuando sea solicitado por el 50% de sus miembros.

5.2. En todos los Centros de Atención Especializada existirá una Comisión de Seguimiento compuesta por miembros de las Organizaciones Sindicales firmantes, que tendrá una participación activa en el reparto de la productividad variable.

PACTO SOBRE EXENCION DE GUARDIAS A LOS FACULTATIVOS DE MAS DE 55 AÑOS

La necesidad de que las Instituciones Sanitarias tengan que prestar asistencia sanitaria permanente a los ciudadanos ha determinado el establecimiento de turnos de atención continuada durante aquellas horas del día que superen la jornada ordinaria que los profesionales sanitarios han de cumplir.

La realización de guardias por parte de los facultativos conlleva la percepción del complemento de atención continuada, que el Real Decreto-Ley 3/87, de 11 de Septiembre, define, en su art.2, Tres d), como aquel destinado a remunerar al personal para que atienda a los usuarios de los Servicios de Salud de manera continuada, incluso fuera de la jornada establecida.

Dada la situación actual, parece razonable posibilitar, por un lado, el ejercicio del derecho a la exención de guardias de aquellos facultativos mayores de 55 años que lo soliciten, sin percepción económica alguna, así como, por otro lado, propiciar la opción voluntaria de realizar actividades en régimen de presencia física y desde las 15 horas, a quienes así lo deseen dentro de este grupo de edad.

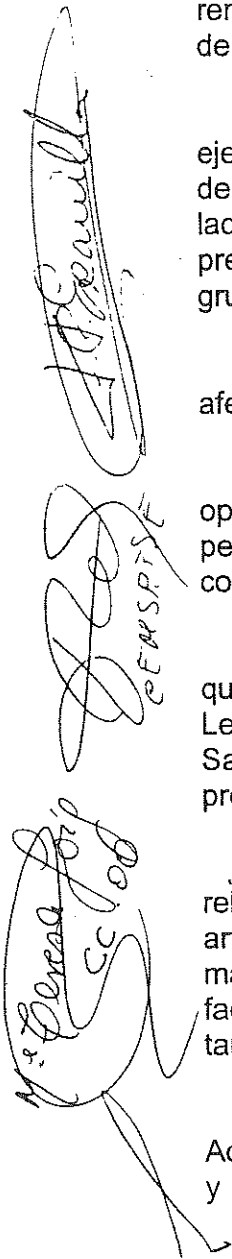
En todo caso, la regulación que se contiene en el presente documento no afecta a la actual planificación y organización de los servicios de guardia.

La Administración Sanitaria se compromete a realizar las actuaciones oportunas, para introducir las modificaciones normativas necesarias, que permitan la exención de guardias médicas en todos los casos, sin que ello conlleve menoscabo alguno de la actividad asistencial.

El Acuerdo de Consejo de Ministros de 18 de septiembre de 1987 por el que se aprueba la aplicación del régimen retributivo previsto en el Real Decreto Ley 3/87 sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud, establece que será el INSALUD quien determine las condiciones de prestación de servicios bajo las distintas modalidades de atención continuada.

Por otra parte, el acuerdo CESM-INSALUD de 22-7-95, incluye un anexo relativo al avance en la adecuación de la atención continuada que contempla la articulación de una Mesa Técnica en cuyo seno, se estableció, entre otras materias y en sus conclusiones, la exención de guardias médicas para facultativos mayores de 55 años, con o sin programación de actividades de tarde.

En consecuencia, teniendo en cuenta todo lo que antecede; la Administración Sanitaria INSALUD y las Organizaciones Sindicales CEMSATSE y CC.OO. firman el presente Pacto en los términos establecidos por las Leyes



Handwritten signatures and stamps on the left margin. From top to bottom: a signature in a circle, a signature with 'CEMSATSE' written vertically, and a signature with 'M.ª Perea' and 'CC.OO.' written next to it.



9/1987 y 7/1990 de Organos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

PACTO

PRIMERO.- *Ámbito de aplicación.*

El presente Pacto afecta a los Facultativos de Atención Especializada del INSALUD mayores de 55 años que, actualmente estén realizando guardias, o que hayan sido eximidos de su realización en un período no superior a 2 años.

SEGUNDO.- *Renuncia a la realización de guardias médicas sin actividad adicional.*

2.1. Los facultativos incluidos en el ámbito de aplicación de este Pacto, podrán solicitar la exención de realizar guardias médicas por razón de la edad, sin necesidad de realizar una actividad adicional, de las reguladas en los apartados siguientes.

2.2. El procedimiento inicial a seguir, para solicitar dicha exención será el regulado en el apartado 5.1, 5.2 y 5.3, párrafo primero de este Pacto.

2.3. Si se denegase la solicitud de exención recogida en los puntos anteriores, a partir del inicio del siguiente ejercicio presupuestario, al que se ha solicitado dicha exención, ésta se deberá resolver favorablemente.

2.4. En el supuesto de que durante 1997 se denegasen solicitudes de exención de guardias, y a efectos de lo establecido en el punto anterior, se entenderá, que la renuncia será efectiva a partir del 1 de julio de 1998.

TERCERO.- *Módulos de atención Continuada para actividad asistencial desde las 15 horas y condiciones de prestación de servicios*

3.1.- Los gerentes planificarán anualmente en sus centros, con los recursos humanos y materiales necesarios, módulos de atención continuada de presencia física para el desarrollo de actividad desde las 15 horas a realizar tanto en el Hospital como en los Centros de Especialidades.

3.2.- La distribución de los módulos de atención continuada, para la realización de la actividad pactada desde las 15 horas, se efectuará por la Gerencia, a propuesta de la Dirección Médica, previa valoración de las Unidades o Servicios y con el informe y asesoramiento de la Junta Técnico-Asistencial y la

Handwritten signatures and notes:
A. P. G. G. G.
cc. 00.
et al. 1987-1990



Comisión Mixta, teniéndose en cuenta tanto la actividad previa que venía desarrollando cada Servicio y Unidad como las necesidades asistenciales

3.3.- El contenido de estos módulos de atención continuada deberá referirse a toda la actividad ordinaria.

Lo dispuesto en este Pacto no afecta a la actual planificación y organización de los Servicios de Guardia.

3.4.- El tipo de actividad que debe realizarse durante los módulos de atención continuada desde las 15 horas deberá preverse en el acuerdo que, con carácter general, efectúe el Equipo Directivo con cada una de las Unidades o Servicios.

3.5. Los facultativos que se acojan a este sistema realizarán al menos tres módulos de actividad al mes y podrán pactar con la Gerencia, la realización de un número superior de dichos módulos.

3.6. Los responsables deberán planificar módulos de actividad efectiva de 4 horas.

CUARTO.- Carácter de los Módulos de Atención Continuada para Actividad Asistencial.

4.1.- La participación en los módulos de atención continuada para actividad desde las 15 horas, será voluntaria por parte de los facultativos mayores de 55 años.

4.2.- La realización de estos módulos de atención continuada para actividad desde las 15 horas, no eximirá a los facultativos de realizar su actividad ordinaria al día siguiente.

QUINTO.- Procedimiento

5.1.- Los facultativos incluidos en el ámbito de aplicación de este Pacto deberán solicitar por escrito la exención de realizar guardias médicas por razón de edad. En dicho escrito deberá constar, en su caso, la solicitud de participación voluntaria en los módulos de actividad descritos en los apartados anteriores, en régimen de presencia física.

5.2.- Los escritos se dirigirán al Gerente del Hospital durante el primer trimestre del año en el que deseen acogerse a esta exención. Asimismo, podrán presentar la solicitud en este plazo aquellos facultativos que no teniendo aún 55 años fueran a cumplirlos durante el año.



5.3.- La Gerencia, a través de la Dirección Médica y previo informe de los Jefes de Servicio y Unidad correspondiente, resolverá la solicitud de autorización de exención de guardias médicas a los facultativos que así lo soliciten en un plazo no superior a 3 meses desde la fecha de presentación de la solicitud.

En el caso de que dicho informe sea contrario a la autorización de exención de guardias médicas, se dará traslado del mismo y propuesta de solución, a la Comisión Mixta para que emita el correspondiente informe. La Gerencia con los informes anteriormente citados, dictará la resolución correspondiente, que deberá ser motivada en el caso de que sea denegatoria e incluir la propuesta de solución de los impedimentos existentes.

5.4.- Transcurrido el plazo máximo de un año desde la presentación de la solicitud, denegada por la Gerencia por necesidades del servicio, podrá volverse a solicitar la exención. En este caso, no procederá de nuevo la denegación de la solicitud por dicha causa, salvo supuestos de carácter extraordinario y excepcional previo informe razonado de la Comisión Mixta, a fin de garantizar el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución Española. La resolución favorable se adoptará en el plazo máximo de dos meses.

En el caso de propuesta denegatoria, se remitirá dicha propuesta a la Dirección General de Recursos Humanos en el plazo máximo de dos meses desde la presentación de la solicitud, y ésta adoptará la correspondiente resolución en dos meses.

5.5.- La participación en esta actividad se entenderá renovada anualmente, de forma automática, salvo renuncia expresa del facultativo ante la Gerencia, por escrito, dentro del último trimestre del año en curso.

SIXTO.- Retribuciones

6.1.- Las cuantías que corresponde abonar por la participación en módulos de actividad desde las 15 horas se abonarán a través del complemento de atención continuada.

6.2.- A efectos de determinar las retribuciones que procedan, se considerará que este módulo de actividad equivale a un módulo de 12 horas de guardia de presencia física.

SÉPTIMO.- Efectividad y seguimiento de los módulos de Atención Continuada

7.1.- Las Gerencias abrirán un plazo que finalizará el 30 de septiembre de 1997, para que los facultativos mayores de 55 años, y aquellos que fueran a

P. Escudella
CC.00

CC.00



cumplirlos durante el presente año, puedan solicitar la exención a la participación en los turnos de guardia.

7.2.- Una vez finalizado el plazo al que se refiere el apartado anterior y conocido el número de facultativos que deseen acogerse a esta modalidad, la Gerencia reunirá a la Comisión Mixta y a los Servicios correspondientes para el asesoramiento en la planificación de estos módulos de actividad en el Centro.

El Gerente deberá remitir a la Dirección General de Recursos Humanos, el Acta de las reuniones referidas a éste tema, así como un informe con las propuestas de trabajo sobre estos módulos de actividad en su Centro, antes del 30 de noviembre de 1997.

OCTAVO.- Vigencia

Este Pacto entrará en vigor en el momento de su firma y tendrá vigencia indefinida. Si a fecha de 31 de enero de 1.998 no se hubieran producido las modificaciones legales oportunas, que permitan la autorización para la exención de guardias médicas a los facultativos mayores de 55 años en todos los casos, este Pacto quedará automáticamente resuelto.

Madrid, 23 de julio de 1997

POR LA ADMINISTRACIÓN,
EL PRESIDENTE EJECUTIVO,

-Alberto Núñez Feijoo-

POR CEMSATSE,

POR CC.OO.,

M.^º Teresa Feijoo



ANEXO

AL PACTO RELATIVO A LA EXENCION DE GUARDIAS A LOS FACULTATIVOS DE ATENCION ESPECIALIZADA DE MAS DE 55 AÑOS

El Acuerdo suscrito entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales CC.OO y UGT, de 22 de febrero de 1992, al que prestó su conformidad SATSE, sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD, contemplaba, en lo relativo a las condiciones de trabajo del personal de enfermería y no sanitario de Atención Especializada, la posibilidad de solicitar la exención de atención continuada por las personas mayores de 55 años, supeditando su concesión a las necesidades del servicio.

La Organización Sindical CC.OO., planteó la introducción de una cláusula al presente Pacto, en la que se garantizara la información sobre la distribución de los módulos de actividad por los cambios organizativos que pudieran producirse, así como sobre la evolución del mismo.

Por ello se recoge en el presente anexo dicha propuesta:

"En el ámbito del presente Pacto se informará de la distribución de los módulos establecidos antes de su aplicación, dados los cambios organizativos que pueden producirse, e igualmente se informará periódicamente de la evolución de este Pacto a las Organizaciones Sindicales firmantes".

Madrid, 23 de julio de 1997

POR LA ADMINISTRACIÓN,
EL PRESIDENTE EJECUTIVO,

-Alberto Núñez Feijoo-

POR CEMSATSE,

POR CC.OO.



MEMORIA

El Real Decreto 3110/1977, de 28 de noviembre modifica el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social regulando los turnos de guardia y de localización en los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias. La prestación de guardias y servicios de localización viene obligada por las necesidades que derivan del funcionamiento continuado de los Centros Sanitarios.

La Orden Ministerial de 9 de diciembre de 1977 por la que se desarrolla el anterior Real Decreto establece en su artículo primero, párrafo 3 que "la realización de guardias, tanto de presencia física como de localización, será obligatoria para Jefes de Sección y Médicos Adjuntos, exceptuándose de la obligatoriedad a los que hayan cumplido los 55 años o así lo justifique su condición física".

Esta posible exención de guardias a los mayores de 55 años es recogida también en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de las Instituciones Sanitarias, aprobado por Orden Ministerial de 1 de marzo de 1985, Orden que fue anulada por sentencia del Tribunal Supremo de 16 de diciembre de 1986. En este reglamento se establecía la edad para esta posible exención en los 45 años, siempre que las necesidades asistenciales lo permitiera.

El Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD, actualmente en vigor, y aprobado por el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, recoge literalmente el precepto de la exención de guardias a los médicos mayores de 45 años en los mismos términos que lo hacía el Reglamento de 1985, anteriormente citado: "Siempre que las necesidades asistenciales lo permitan, el Director Gerente podrá aceptar la renuncia expresa de la obligación de hacer guardias para los facultativos con edad superior a los 45 años.

En otro orden de cosas a lo largo de sucesivas negociaciones en los últimos años, la CESM ha mostrado especial interés sobre aspectos concretos de las guardias médicas de los facultativos, tendentes a minimizar su penosidad

Así mismo y refiriéndose a otro personal de Atención Especializada distinto del facultativo, el Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas, Comisiones Obreras (CC.OO.) y Unión General de Trabajadores (U.G.T.), al que prestó su conformidad SATSE sobre diversos aspectos profesionales, económicos y organizativos en las Instituciones Sanitarias dependientes del INSALUD, firmado el 22 de febrero de 1992, extiende esta posibilidad de renuncia a todo aquel personal que deba realizar atención continuada en los términos regulados en la normativa vigente. El Acuerdo dice textualmente: "Igualmente



podrá ser solicitada la exención de atención continuada por las personas mayores de 55 años”.

El Acuerdo firmado entre el INSALUD y la CESM el 22 de julio de 1995, en el Anexo sobre Avance en la adecuación de la organización hospitalaria, se prevé la constitución de una Mesa Técnica sobre atención continuada/guardias médicas que abordaría entre otros temas la dispensa de la realización de guardias médicas en razón de la edad.

El documento oficial de Conclusiones de las Mesas Técnicas suscrito por el INSALUD y la CESM el 20 de enero de 1995, recoge este tema en su apartado 5.4: “la atención de urgencias médicas que requiera guardias de presencia física deberá organizarse en los Hospitales de forma que se cubra tal actividad, quedando exentos de la misma con carácter voluntario aquellos facultativos mayores de 55 años”.

Como consecuencia de todo lo anterior, con el fin de objetivar y regular convenientemente las condiciones en que pueda realizarse esta exención, y como consecuencia de diversos contactos mantenidos con las Organizaciones Sindicales, se ha redactado el documento sobre exención de guardias a los facultativos de más de 55 años que se presenta a la Mesa Sectorial para su aprobación, en su reunión del próximo día 23 de julio de 1997.

