

MEDIDAS SANITARIAS 2012 / 2015

Índice

1	La población, el paciente.	3
2	Organización y sistema corporativo.	4
3	Atención primaria.....	5
4	Atención hospitalaria.....	8
5	Atención al paciente crónico, dependiente y cuidados paliativos.....	13
6	Atención a urgencias y emergencias.....	15
7	Atención a la salud mental.	16
8	Prestación farmacéutica.....	17
9	Excelencia, seguridad, calidad en asistencia y mejora continua.....	20
10	Colaboración institucional y acción concertada.....	22
11	Instalaciones, edificios y tecnologías médicas.	23
12	Tecnologías de información.....	26
13	Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores.	30
14	Suficiencia financiera y sostenibilidad económica.	33
15	Gestión de recursos y proveedores.....	36

1 La población, el paciente.

	A	S	E	I
1.1 Adaptar el sistema sanitario al envejecimiento de la población, con respuestas específicas a la pluripatología y cronicidad.	X			X
1.2 Adaptar el sistema sanitario a la elevada dispersión en el ámbito rural.	X			X
1.3 Reducir la actividad preventiva de escaso valor (cáncer cuello útero, programa del niño sano), y reorientar los cribados poblacionales a segmentos con mayor efectividad contrastada: prevención de cáncer colorrectal, etc.			X	
1.4 Reorientación del dispositivo sanitario a la cartera de servicios reconocida.	X	X		
1.5 Priorización de la respuesta asistencial a las necesidades sanitarias más prevalentes de la población. Desarrollo de las estrategias de salud.			X	
1.6 Potenciación de hábitos de vida saludable, identificando aquellos factores que generan mayor morbilidad.			X	
1.7 Mejora de la accesibilidad al sistema asistencial.	X			
1.8 Mejora de la información del paciente.			X	
1.9 Incremento de los autocuidados por parte del paciente y su entorno.			X	

2 Organización y sistema corporativo.

		A	S	E	I
2.1	Regulación legislativa de la nueva estructura del SALUD.	X			
2.2	Nuevos modelos de gestión: normativa interna que regule la relación asistencial entre los diferentes sectores y dispositivos y dentro de los mismos.	X			X
2.3	Focalizar mediante el Contrato de Gestión los esfuerzos gestores en el control de la demanda asistencial más que en el incremento de la actividad (a mayor actividad mayor consumo de recursos).		X		
2.4	Revisión de los reglamentos de funcionamiento interno de cada centro.	X			
2.5	Identificación de la figura del coordinador de atención primaria asumiendo el rol directivo del equipo.	X			X
2.6	Inspección médica.	X	X		

3 Atención primaria.

A S E I

	A	S	E	I
3.1 Revisión del modelo: actualización de la cartera de servicios en las diferentes actividades (preventivas, asistenciales, formativas, etc.).	X			
3.2 Implantar, mejorar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados en términos de salud, calidad y coste.		X	X	
3.3 Optimizar la gestión de recursos humanos: suficiencia, distribución, cargas de trabajo, productividad, satisfacción, formación e incentivación de los profesionales.	X	X		
3.4 Adecuación de infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.	X			
3.5 Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).		X		
3.6 Cumplimiento integral de los objetivos del programa del control de la incapacidad temporal.		X		
3.7 Revisar y generalizar las guías y protocolos institucionales de las patologías más prevalentes, e implementarlas.			X	
3.8 Implantar guías de buenas prácticas en relación profesional-paciente.			X	X
3.9 Adecuar la atención a colectivos de pacientes con especial vulnerabilidad.			X	
3.10 Garantizar la accesibilidad, con el objetivo de atender al paciente en el día que lo solicita.			X	
3.11 Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro del equipo y con otros dispositivos asistenciales.	X		X	
3.12 Revisión de los horarios de atención ordinaria y continuada, valorando las diferentes necesidades de la población rural y urbana.	X	X		
3.13 Regulación y reconocimiento de la actual figura de coordinador como director del equipo.	X			X
3.14 Evaluación de la satisfacción del usuario.			X	
3.15 Unificación de las unidades docentes de medicina familiar y		X	X	

		A	S	E	I
	comunitaria.				
3.16	Traspaso de la historia clínica de OMI-AP entre sectores distintos.			X	
3.17	Coordinación entre los equipos de atención primaria y los profesionales de salud pública, con incorporación operativa de estos últimos.	X			

4 Atención hospitalaria.

A S E I

	A	S	E	I
4.1 Construcción de los hospitales de Alcañiz y Teruel y del centro de especialidades Intermodal.	X			
4.2 Definición de la cartera básica de atención hospitalaria en todos los hospitales de Aragón.	X	X		X
4.3 Diseño y ubicación de servicios de referencia en Aragón.	X		X	
4.4 Creación y desarrollo de unidades de excelencia hospitalaria.	X		X	
4.5 Creación de unidades de gestión clínica multi-especialidad.	X		X	
4.6 Promoción de las sinergias/integración de servicios entre hospitales evitando duplicidades en servicios de alta especialización.	X			X
4.7 Optimizar la gestión de recursos humanos: adecuación de plantillas, mejorar la productividad, aumento de la satisfacción, facilitar la formación e incentivación de los profesionales.	X	X		
4.8 Adecuación de infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.	X			
4.9 Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).		X		
4.10 Actualizar y generalizar las guías y protocolos institucionales de aquellos GRD que supongan el 80% del gasto.		X	X	
4.11 Implantar guías de buenas prácticas en la relación profesional-paciente.			X	X
4.12 Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro de las unidades y con otros dispositivos asistenciales.	X		X	
4.13 Aumentar al máximo la actividad ordinaria en horario de tarde.		X	X	
4.14 Racionalización de la atención continuada hospitalaria (especialmente en la ciudad de Zaragoza).	X	X		
4.15 Implantar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados.		X	X	X

	A	S	E	I
4.16 Incremento de la actividad por Cirugía Mayor Ambulatoria.			X	
4.17 Mejora de gestión de la actividad quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento exhaustivo de programación, tiempos de ocupación de quirófano y suspensión de intervenciones programadas. ▪ Establecimiento de criterios para autoconcierto en los servicios que mantengan rendimientos adecuados en horario ordinario. ▪ Política de concierto externo con centros privados clara que permita a cada centro conocer sus posibilidades de derivación y gestión. 		X	X	
4.18 Mejorar la gestión de consultas externas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisión de las agendas y seguimiento de las demoras para reducir los tiempos de respuesta: mantener abiertas las agendas y mejorar la accesibilidad a atención primaria. ▪ Empleo de las tecnologías de la información para gestionar la demanda. 		X	X	
4.19 Aumento de consultas de alta resolución: “visita única” en un mismo día para los procesos seleccionados, realizándose consultas, exploraciones y pruebas necesarias para el diagnóstico e inicio del tratamiento.			X	X
4.20 Implantar mecanismos de alerta cuando el resultado de las pruebas diagnósticas pueda tener impacto en la salud del paciente.			X	
4.21 Mejorar la información al paciente y familiares referente al proceso asistencial: establecimiento de horarios y lugares específicos para informar a los familiares acerca de la situación clínica del paciente, garantizando la confidencialidad.			X	
4.22 Iniciar la implantación de la hospitalización a domicilio como alternativa a la hospitalización tradicional, implicando al paciente y su entorno en sus propios cuidados.			X	X
4.23 Incrementar la diálisis peritoneal.			X	
4.24 Potenciar el papel de las jefaturas asistenciales en la gestión.			X	X
4.25 Realización de acciones encaminadas a facilitar la cobertura de plazas vacantes difíciles de cubrir.	X			

5 Atención al paciente crónico, dependiente y cuidados paliativos.

A S E I

		A	S	E	I
5.1	<p>Realizar un nuevo enfoque de la atención del paciente crónico y pluripatológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer el papel fundamental del equipo de atención primaria en el seguimiento habitual de este tipo de pacientes. ▪ Mejorar el abordaje hospitalario con visión integral de su situación patológica, estableciendo protocolos específicos. ▪ Potenciar el papel de la enfermería en la gestión proactiva de estos pacientes, especialmente en las transiciones hospital-domicilio. ▪ Facilitar la transición desde el ámbito sanitario al social para aquellos pacientes que lo precisen, estableciendo guías de actuación con los servicios sociales comunitarios. ▪ Mejorar la capacitación para el manejo del paciente crónico en su propio entorno con formación para el autocuidado y capacitación de familiares y cuidadores. 			X	X
5.2	Adecuar los criterios de ingreso y derivación del paciente crónico-convaleciente entre hospitales de agudos y de convalecencia, estableciendo las necesidades de camas por sector y asignando centros de referencia.	X			
5.3	<p>Mejorar la atención al paciente receptor de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de unidades/camas específicas en hospitales de agudos. ▪ Adecuar la organización de los equipos de soporte domiciliario. ▪ Mejorar las habilidades para el autocuidado y la capacitación para el manejo del paciente por familiares y cuidadores. 	X		X	

6 Atención a urgencias y emergencias.

	A	S	E	I
6.1 Rediseñar el dispositivo de atención urgente, organizando la implicación de cada ámbito sanitario: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención primaria: puntos de atención continuada en equipos y en hospitales. ▪ Atención hospitalaria: servicios de urgencia y equipos de guardia. ▪ 061 Aragón. ▪ SUAP. 	X			X
6.2 Transporte sanitario urgente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimizar la dedicación horaria de los recursos. ▪ Mejorar la prestación del servicio de socorro en montaña mediante la revisión del convenio marco de colaboración con el Ministerio del Interior. 	X	X		
6.3 Reubicación de la Gerencia del 061 Aragón.	X			
6.4 Incrementar la efectividad en la gestión de las demandas de atención urgente de toda la comunidad autónoma mediante su centralización en el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 Aragón.	X		X	
6.5 Estandarizar la gestión de los traslados interhospitalarios mediante la implantación del protocolo general.			X	
6.6 Establecer los criterios de colaboración de los servicios preventivos del 061 Aragón.	X			
6.7 Coordinación de la gestión de situaciones de emergencias y catástrofes.	X			

7 Atención a la salud mental.

	A	S	E	I
7.1 Gestionar la complejidad de la atención a pacientes con problemas de salud mental y patologías adictivas mediante actividades de carácter preventivo y atención a las patologías leves y al trastorno mental grave, agudo y crónico.	X		X	
7.2 Coordinación asistencial con otras instituciones de carácter sanitario o social.	X		X	
7.3 Completar la red asistencial de salud mental con una unidad de hospitalización infanto-juvenil.	X		X	
7.4 Implantar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados (integrado en el sistema de información general).		X	X	
7.5 Potenciar la coordinación entre los profesionales de salud pública, dedicados a la prevención, y los dedicados a la actividad asistencial en las UASA de cada sector.				

8 Prestación farmacéutica.

		A	S	E	I
8.1	Mejora de la calidad de la prestación farmacéutica: uso racional del medicamento (URM). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organización estructural y funcional de la gestión del URM en el SALUD, desde donde se diseñarán y coordinarán todas las actividades. ▪ Comisiones de evaluación de medicamentos y consumo farmacéutico de atención primaria. ▪ Comisión hospitalaria de evaluación de medicamentos, coordinadora de las comisiones de farmacia de cada hospital. ▪ Establecimiento de criterios, control y seguimiento de la prescripción y dispensación de medicamentos en centros sanitarios. ▪ Objetivos de URM en contratos de gestión de atención primaria y hospitalaria, e incentivación de su cumplimiento. ▪ Protocolos de tratamiento de patologías prevalentes o de alto impacto económico, de equivalencia e intercambio terapéutico. ▪ Programas de control de utilización de determinados medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos. ▪ Fomento de la prescripción por principio activo o DOE. ▪ Programas de formación continuada en medicamentos dirigida a los profesionales sanitarios. ▪ Iniciativas de URM orientadas a pacientes polimedicados. ▪ Programas de atención farmacéutica a pacientes institucionalizados. ▪ Generalización en todos los hospitales de los sistemas de dispensación individualizada de medicamentos (dosis unitaria) con validación farmacéutica previa. ▪ Control de calidad de la dispensación de recetas efectuada en oficinas de farmacia. ▪ Programas de mejora de la seguridad en la utilización de 	X		X	

	A	S	E	I
<p>medicamentos en todos los niveles asistenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulso a programas de dispensación a pacientes no ingresados y programas de atención farmacéutica al alta de pacientes ingresados. ▪ Incorporación de todo el personal sanitario al URM. ▪ Control de la promoción efectuada por la industria farmacéutica. ▪ Implantación de herramientas de ayuda a la prescripción en los módulos de prescripción. ▪ Mejora de los sistemas de información sobre utilización de medicamentos en el medio hospitalario. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescripción electrónica intrahospitalaria que incorpore mecanismos de ayuda a la prescripción y alertas de seguridad. ▪ Programas de atención farmacéutica a pacientes ambulatorios en colaboración con oficinas de farmacia. ▪ Receta electrónica integrada en la historia clínica como instrumento de mejora de calidad y ayuda a la prescripción. 				

		A	S	E	I
8.2	<p>Sostenibilidad de la prestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control presupuestario del gasto farmacéutico hospitalario y extrahospitalario. ▪ Inclusión de datos e indicadores de farmacia en cuadro de mandos del SALUD. ▪ Objetivos de eficiencia farmacéutica y cumplimiento presupuestario en contratos de gestión de atención primaria y hospitalaria. ▪ Impulso a las compras centralizadas de medicamentos de adquisición directa. ▪ Control del gasto hospitalario: priorización de actuaciones sobre áreas de especial relevancia y repercusión económica. ▪ Suministro directo de productos sanitarios y dietoterápicos a usuarios en que resulte ventajoso. 		X		
8.3	<p>Integración de la prestación farmacéutica hospitalaria y extra-hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificación de criterios clínicos en selección de medicamentos, guías farmacológicas, objetivos e indicadores. ▪ Integración de sistemas de información, historia farmacoterapéutica común y análisis conjunto de consumo. ▪ Comisiones de farmacia de sector conjuntas de atención primaria y hospitales. 			X	
8.4	<p>Transparencia para la sociedad de esta prestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información de esfuerzo social que supone el gasto farmacéutico ▪ Programas de educación sanitaria destinados a la población. ▪ Portal de farmacia dirigido específicamente a la población. 		X		X

9 Excelencia, seguridad, calidad en asistencia y mejora continua.

A S E I

		A	S	E	I
9.1	<p>Establecimiento de un sistema de objetivos, evaluación y benchmarking.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generalizar un modelo de planificación de objetivos y toma de decisiones en base a las oportunidades de mejora detectadas en las evaluaciones. Contrato de gestión y modelo EFQM. ▪ Desarrollar un sistema de auditoría interna para la evaluación de la calidad asistencial de los procesos clínicos y de gestión. 			X	X
9.2	<p>Motivación y reconocimiento de los avances en excelencia: Premio SALUD a la excelencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificar la estructura y organización de las unidades de calidad. ▪ Potenciar el trabajo de grupos de mejora de la calidad, orientados a desarrollar acciones de evaluación y mejora de aspectos concretos de su trabajo cotidiano. 			X	
9.3	<p>Estandarización mediante gestión por procesos, sistemas ISO y con metodología EFQM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsar la utilización de la gestión por procesos en todos los ámbitos del SALUD. ▪ Mantener y ampliar los sistemas de calidad certificados y acreditados. ▪ Impulsar el papel de las comisiones clínicas como órganos de apoyo a las direcciones y a los profesionales. ▪ Promover el uso y evaluación de guías de práctica clínica, protocolos y programas asistenciales de acuerdo a criterios de evidencia científica. ▪ Desarrollar un modelo de evaluación de cuidados. 			X	X

10 Colaboración institucional y acción concertada.

	A	S	E	I
10.1 Departamentos y organismos del Gobierno de Aragón.			X	
10.2 Servicios sociales.			X	
10.3 Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.			X	
10.4 Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.	X		X	
10.5 Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.			X	
10.6 Universidades y otros centros de formación.			X	
10.7 Cruz Roja y Protección Civil.			X	
10.8 Servicios de salud de otras comunidades autónomas.			X	X
10.9 Centros asistenciales concertados.	X		X	

11 Instalaciones, edificios y tecnologías médicas.

A S E I

		A	S	E	I
11.1	Plan de seguimiento para adecuación normativa de las distintas instalaciones y edificios de los centros sanitarios. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planes de emergencias. ▪ Revisiones periódicas de seguridad y accesibilidad de instalaciones. ▪ Inventario de inmuebles en régimen de alquiler. 	X			
11.2	Plan de mejora de las infraestructuras y equipamientos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuación a necesidades y expectativas de los usuarios: intimidad, confidencialidad, etc. ▪ Adecuación física a la actividad asistencial: planes funcionales de edificios, gestión de residuos, etc. ▪ Funcionamiento adecuado de instalaciones y equipos: planes de mantenimiento preventivo y correctivo, planes de contingencia, etc. ▪ Extremar la seguridad de profesionales, pacientes y familiares: planes de catástrofes internas y externas, planes de confort, planes de control de instalaciones de riesgo, etc. ▪ Plan de análisis y renovación de instalaciones y equipamientos próximos a su obsolescencia tecnológica y/o legal. 	X			
11.3	Completar obras en ejecución y puesta a disposición de sus usuarios finales. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitales de Teruel y Alcañiz. ▪ Centro de Salud Almozara. ▪ Centro de especialidades médicas Intermodal. 	X			
11.4	Optimización económica y energética de instalaciones. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción del coste unitario de la energía consumida por los centros sanitarios de mayor consumo. ▪ Plan de eficiencia energética y de optimización en la utilización de las instalaciones, acorde a cartera de servicios. ▪ Establecer un nivel de referencia autonómico para resolver cuestiones técnicas y de eficiencia que se planteen en los diferentes servicios de ingeniería. 		X		

		A	S	E	I
11.5	Identificar y evaluar las tecnologías nuevas, alternativas y emergentes, estandarizando el procedimiento de introducción de nuevas tecnologías.	X			X
11.6	Gestionar la cartera tecnológica, incluyendo la identificación y sustitución de tecnología obsoleta, continuando con el plan de equipamiento tecnológico.	X	X		

12 Tecnologías de información.

A S E I

		A	S	E	I
12.1	Herramientas dirigidas a los profesionales para el aumento de la eficiencia, calidad y seguridad del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia clínica electrónica unificada de Aragón. ▪ PCH-Historia clínica de urgencias: completar el desarrollo del sistema de información de urgencias. ▪ Receta electrónica: extensión a todos los centros de salud. ▪ RIS-PACS: completar el proyecto de radiología digital con la creación de un anillo de diagnóstico de imagen. ▪ Estandarización de laboratorios mediante el desarrollo de un laboratorio virtual centralizado con integración de solicitudes e informes. ▪ Triage telefónico asistencial. ▪ Extensión de la gestión de planes de cuidados de enfermería en las unidades de hospitalización. ▪ Identificación única de pacientes de forma integrada en todos los sistemas de información. ▪ Autenticación segura: extensión de uso de la tarjeta de empleado y firma digital. 	X			X
12.2	Fomento del desarrollo de herramientas colaborativas. Telemedicina.			X	X
12.3	Evolución de la relación ciudadano-sistema sanitario: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar la plataforma Salud-informa: carpeta del ciudadano. ▪ Guías sanitarias para pacientes. 				X
12.4	Sistemas de información para la gestión proactiva. Cuadros de mando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión económica y recursos humanos (SERPA y SIRHGA): mejora de los sistemas e incorporación de cuadros de mando de gestión. ▪ Aplicativo de gestión y planificación de turnos extendido para todos los hospitales. ▪ Cuadros de mando asistenciales para la toma de decisiones, integrando los principales sistemas de información. ▪ Evolucionar los sistemas de vigilancia sanitaria. 		X	X	
12.5	Integración de los servicios sociales como agentes sanitarios en el ámbito de los sistemas de información.	X			

		A	S	E	I
	<ul style="list-style-type: none"> Integración de los sistemas corporativos asistenciales. 				
12.6	Seguridad de los sistemas de información y recursos de SALUD:	X			
	<ul style="list-style-type: none"> Constitución de la comisión de historia clínica autonómica. Gestión unificada de usuarios, accesos y permisos. Sistema centralizado de trazas de acceso y auditoría. 				

		A	S	E	I
12.7	Gestión integral del conocimiento TIC de SALUD: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzar-reorganizar los recursos/medios asociados al personal técnico para una mejor gestión del conocimiento TIC y una menor dependencia externa,. 	X		X	
12.8	Garantizar acceso, disponibilidad y sostenibilidad de los sistemas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolución tecnológica mediante consolidación de sistemas, escritorios virtuales y renovación. ▪ Extender la aplicación de iniciativa OpenSource. ▪ Ampliar la monitorización a todo tipo de activos y recursos. ▪ GreenIT: mejora de la arquitectura de los CPD mediante medidas de eficiencia y ahorro energético. 				

13 Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores.

A S E I

		A	S	E	I
13.1	Reordenación de plantillas.	X	X		
13.2	Políticas de mejora en provisión y selección de puestos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programación periódica de procesos selectivos. ▪ Agilidad y seguridad jurídica de los procesos selectivos. ▪ Fijar alternancia de procesos de movilidad. ▪ Correcta concesión de comisiones de servicios. ▪ Mejoras y agilidad en vinculaciones temporales y actualizaciones periódicas de bolsas. 	X			
13.3	Mejorar la gestión de recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar e implantar un cuadro de mando integral de recursos humanos del SALUD. ▪ Implantación del control aplicativo de Gestión y Planificación de Turnos (GPT) en todos los hospitales. ▪ Unificar procedimientos de gestión de personal en los centros (contratación, acoplamientos, promoción interna, etc.). ▪ Captar y fidelizar a profesionales en los centros y plazas de difícil cobertura. ▪ Implantar canales de comunicación interna que faciliten la participación de los profesionales. ▪ Revisar las categorías estatutarias para responder a las necesidades de la organización. ▪ Verificación de los conceptos retributivos variables en referencia a la actividad realizada. Revisión periódica de necesidades de los centros. ▪ Valorar y promover listas específicas de contratación para enfermería que vaya a desarrollar su actividad en algunos servicios especiales. ▪ Planificación de las necesidades de profesionales sanitarios. ▪ Establecimiento de medidas tendentes a la reducción del absentismo fraudulento. ▪ Ejecutar el sistema de evaluación de acceso y cambio de nivel de carrera profesional previsto en la normativa vigente, para valorar y reconocer el desarrollo profesional de los empleados del SALUD. ▪ Crear el Registro de Personal del Servicio Aragonés de Salud. 	X	X		

		A	S	E	I
13.4	Promover el respeto a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor asistencial, mediante el reconocimiento legal como autoridad pública.	X			
13.5	Seguimiento y control del cumplimiento de los deberes y obligaciones laborales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprobación de un reglamento de régimen disciplinario para el personal de los centros sanitarios. ▪ Impulsar la creación de una unidad específica en materia disciplinaria. 				
13.6	Impulsar un nuevo estilo en las relaciones laborales. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseguir mejoras efectivas en el ámbito de la salud laboral. ▪ Racionalizar la movilidad por razones de salud, con una nueva regulación en materia de adaptaciones y cambios de puesto. ▪ Actualizar el marco normativo de acción social. ▪ Reforzar la cooperación con los organismos educativos para facilitar la incorporación laboral de alumnos universitarios y de formación profesional. ▪ Hacer más eficientes los planes anuales de formación continua de los profesionales con mediante la elaboración de un plan integral. 				
13.7	Renovación del acuerdo de derechos y garantías sindicales.				

14 Suficiencia financiera y sostenibilidad económica.

A S E I

		A	S	E	I
14.1	<p>Consistencia entre la cartera de servicios de SALUD y los recursos financieros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuar la cartera de servicios a las disponibilidades de financiación del SALUD. ▪ Concentrar actividades que permitan mejorar la calidad de la prestación del servicio externo e interno. 		X		
14.2	<p>Gestión presupuestaria de los centros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotar de un presupuesto anual por sector, de acuerdo con los planes y las actividades para alcanzar los objetivos previstos y de un sistema de evaluación de la gestión económica, que permita detectar las desviaciones del gasto en tiempo real, al objeto de implantar aquellas medidas correctivas que sean adecuadas. ▪ Disponer de un presupuesto anual de los Servicios de cada Sector, de acuerdo con los planes y las actividades para alcanzar los objetivos previstos y de un sistema de evaluación de la actividad desarrollada y de la gestión económica. ▪ Involucrar a los profesionales para detectar las bolsas de ineficiencia y detectar áreas de mejora que incrementen la eficiencia. ▪ Concentrar actividades susceptibles de aportar valor añadido, permitiendo mejorar la calidad de la prestación del servicio externo e interno. ▪ Regular legalmente la lista de precios públicos para los distintos procesos de asistencia sanitaria facturables a terceros. 		X		
14.3	<p>Gestionar el pago a proveedores de la deuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentar un sistema de pago que evite el efecto llamada a la reclamación de intereses de demora. ▪ Instaurar las alternativas del pronto pago a proveedores que permitan negociar el importe de la deuda. 				
14.4	<p>Corresponsabilidad del paciente en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.</p>		X		

		A	S	E	I
14.5	Corresponsabilidad del profesional en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.		X		
14.6	Revisión integral y regulación de la concertación, tanto del autoconcierto como del concierto externo.	X	X		

15 Gestión de recursos y proveedores.

A S E I

		A	S	E	I
15.1	<p>Mejorar la gestión de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer sistemas para que en situaciones de insuficiencia financiera se minimicen en su mayor grado los intereses legales a través de mecanismos de control de gestión financiera, de gestión de tesorería y de gestión presupuestaria. ▪ Optimizar la operatividad y productividad de la central de compras, mediante el cambio de su estructura jurídica y dotación de medios adecuados a su objetivo. ▪ Proyecto de crear una línea blanca de productos “SALUD”. ▪ Extender la utilización de la aplicación informática de contabilidad analítica a todos los centros (GESCOT). ▪ Potenciar la lavandería central. Compra centralizada de lencería. ▪ Potenciar las unidades funcionales de limpieza y alimentación, destinadas a garantizar un conjunto de prestaciones eficientes que dan apoyo a las actividades asistenciales y favorecen una atención de calidad a los pacientes. 		X		X
15.2	<p>Mejorar la gestión de proveedores y productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer un calendario estable de pago a proveedores . ▪ Disponer de un sistema de selección de proveedores clave, estableciendo alianzas y relaciones sostenibles con ellos. ▪ Establecer un catálogo de proveedores clave de cada Sector. ▪ Evaluación periódica del cumplimiento de los objetivos y requisitos del suministro. ▪ Reorientar la central de compras, mejorando su regulación administrativa y su estructura de recursos humanos. ▪ Incrementar los procesos centralizados de compra. ▪ Disponer de un catalogo único de productos y de un sistema integrado de información que garantice el suministro de productos, materiales y equipos necesarios. ▪ Establecer un sistema de trazabilidad y gestión de stock que garantice el suministro de productos, materiales y equipos necesarios para cumplir con sus niveles de calidad necesarios. ▪ Seguir desarrollando y promoviendo el sistema integrado informático único para todos los centros: contratación 		X		

	A	S	E	I
electrónica, gestión de suministros, compra y el aprovisionamiento.				
