

11 Colaboración institucional y acción concertada.

11.1 Conciertos, convenios y contratos.

Hospital San Juan de Dios

1.- Hospitalización: Convalecencia con y sin Rehabilitación

1.1.-Hospitalización: Agudos

1.2.- Hospitalización: Cuidados Paliativos

2.- Hospital de día, atención sanitaria y consultas

3.- Rehabilitación ambulatoria / transporte adaptado.

4.- Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.

5.- Hemodiálisis

6.- Unidad de Salud-bucodental

Hospital de la Defensa

Asistencia sanitaria a la población asignada. Hospital sustitutorio:

1- Atención Ambulatoria: Consultas externas, proced. diagnósticos y terapéuticos, Cirugía ambulatoria y Farmacia hospitalaria.

2- Atención hospitalaria: médico o quirúrgica.

3- Urgencias hospitalarias

Se asigna población actual de Tarjeta Sanitaria asignada a las zonas de Salud de Seminario y Casablanca.

Casablanca 10.310 tarjetas sanitarias

Valdespartera: 14.467 tarjetas sanitarias

Seminario: 16.184 tarjetas sanitarias

Apoyo al H. Ntra. Sra. de Gracia. Modalidad complementaria.

Apoyo en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y consultas externas.

Modalidad complementaria.

Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón

Atención dental básica

FADEMA. Fundación Asociación Aragonesa de Esclerosis Múltiple. Sector I.

Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (Esguince de tobillo)

Rehabilitación Ambulatoria

Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (Hombro doloroso, Gonartrosis, Coxartrosis, Tendinopatía de muñeca, Artrosis de muñeca)

Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular (Cervicalgia, Dorsalgia, Lumbociática)

Instituto Municipal de Servicios Sociales de Calanda

Rehabilitación ambulatoria.- Atención fisioterapéutica.

Hnas. Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Sector III.

Internamiento en Unidad de Residencial Rehabilitadora de Larga Estancia

Atención y cuidados en Pisos Supervisados/Protegidos/Tutelados

Pisos tutelados

Disminuidos Físicos de Aragón. Sector I.

Rehabilitación ambulatoria: Fisioterapia y Terapia ocupacional - Sector I Zaragoza

Rehabilitación domiciliaria: Fisioterapia y Terapia ocupacional
Sociedad Cooperativa 2a Vía Acompañamiento Terapéutico. Sector III.
Atención y cuidado en Pisos Supervisados/Protegidos/ Tutelados
Atención y cuidado en Equipo de Apoyo Social Comunitario
Fundación "La Caridad". Sector II.
Atención y cuidados en Centro de día de Salud Mental
Atención y cuidado en Pisos Supervisados / Protegidos / Tutelados
Fundación Centro de Solidaridad para la Atención a Drogodependencias. Sector II
Unidades de Asistencia y seguimiento de Adicciones - UASA
Atención y cuidados en Comunidad Terapéutica
Ejea Sdad. Cooperativa de Iniciativa Social - Sector III
Unidades Rehabilitadoras de Larga Estancia
Centro de día de Salud Mental
Pisos Supervisados/Protegidos /Tutelados
Centro de Inserción Laobral
Equipo de Apoyo Social Comunitario
Centro de Salud Mental Cinco Villas + UASA
Centro de Salud Mental de Tarazona
UASA Tarazona
Cáritas Diocesana. Sector II.
Centro de día de Salud Mental
Fundación Rey Ardid. Sector I.
Centro de día de salud mental Zaragoza
Pisos tutelados
Centro de Inserción Laboral
Centro de día de Salud Mental Calatayud
Equipo de Apoyo Social Comunitario
Centro de día de salud mental Zaragoza
Pisos tutelados
Cruz Roja Española en Teruel
Unidades Asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por consumo de sustancias (incluido el alcohol) - UASA
Cruz Roja Española - Zaragoza
Unidad de Asistencia y Seguimiento de Adicciones - UASA
Asociación Aragonesa Pro Salud Mental "Asapme" para la atención de pacientes con enfermedad mental - Teruel
Equipo de Apoyo Social Comunitario
Centro de Inserción Laboral
Asociación Aragonesa Pro Salud Mental "Asapme" para la atención de pacientes con enfermedad mental - Zaragoza - Sector II
Centro de día de Salud Mental
Asociación Oscense Pro Salud Mental "Asapme" Huesca - Monzón, para la atención de pacientes con enfermedad mental
Atención y cuidados en Centro de día de Salud Mental
Atención y cuidado en Equipo de Apoyo Social Comunitario
Asociación Oscense Pro Salud Mental "Asapme" Huesca - Monzón, para la atención de pacientes con enfermedad mental
Atención y cuidados en Centro de día de Salud Mental
Atención y cuidado en Equipo de Apoyo Social Comunitario
Convenio Colaboración Federación ALCER Aragón
Gestión de desplazamientos de personas en tratamiento de Hemodiálisis en la Comunidad Autónoma (taxis).

Convenio Funcionarios Civiles Del Estado (MUFACE) - Comunidad Autónoma de Aragón	
Colaboración entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado al Gobierno de Aragón en materia de gestión de prestaciones sanitarias	
Convenio ópticos optometristas	
Para prevención de problemas visuales.	
Transporte sanitario no urgente (Zaragoza, Huesca y Teruel)	
Traslado no urgente de pacientes Empresa: AMBUIBERICA, S.L.	Sectores Sanitarios: Zaragoza I, II, III y Calatayud
Traslado no urgente de pacientes. Empresa: AMBUIBERICA, S.L.	Sectores Sanitarios: Teruel y Alcañiz
Traslado no urgente de pacientes. Empresa: TSC (Transporte Sanitario de Cataluña)	Sectores Sanitarios: Huesca y Barbastro
Contrato Cruz Blanca Huesca.	
Mini residencia para enfermos de salud mental	
Contrato Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria Sector II	
25 plazas de Apoyo Comunitario	
Contrato Alcañiz Asapme Bajo Aragón. Sector Alcañiz-	
Plazas de Apoyo Comunitario	
Contrato Fundación Rey Ardid media estancia Sector I	
Servicio salud mental en media estancia	
Contrato Fundación Agustín Serrate (Huesca)	
Atención y cuidados en Unidades Residenciales (Pisos Tutelados)	
Atención y cuidados de Inserción Sociolaboral (Centros de Inserción Laboral)	
Atención y cuidados en Unidades Residenciales (Pisos Tutelados)	
Contrato Fundación Adunare (Zaragoza Psiquiátrico El Pilar) SECTOR III	
Centro de Inserción Laboral	
Contrato Fundación Adunare Sector II	
Centro de día de Soporte Social	
Centro de Inserción Laboral	
Contrato El Remos Asociación "Guayente" Benasque Sector Barbastro	
5 plazas pisos tutelados	
Aspanoa (Asociación de Padres Oncológicos de Aragón) Contrato	
Apoyo Psicológico de los pacientes con cáncer en edad infantil y familiares	Todos sectores
Amagama (Asociación de mujeres aragonesas de cancer genital y de mama)	
Apoyo psicológico a pacientes oncológicos y/o familiares.	Sectores de Zaragoza I, II, III y Calatayud
AECC (Asociación española contra el cancer)	
Apoyo psicológico a pacientes oncológicos y/o familiares.	Sector Huesca y Barbastro
Convenio de colaboración entre el Departamento de Salud y el Ayuntamiento de Monzón	
Asistencia para personas con trastornos adictivos por consumo de sustancias en la Unidad de atención y seguimiento a las adicciones (UASA) Sector Barbastro	
Protocolo de colaboracion con el Ministerio de Trabajo e Inmigración	
Establecer mecanismos y procedimientos de coordinación y colaboración con todos los centros sanitarios de carácter público a fin de complementar la oferta sanitaria y obtener una mayor eficiencia de estos recursos	La utilización reciproca de los centros sanitarios que configuran en el sistema de salud de Aragón y los centros sanitarios adscritos a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

Proveedor		
Procedimientos quirúrgicos. Contrato marco.		
Grupo Hospitalario Quirón, S.A.		
Clínica Montpellier		
Hospital MAZ		
Clínica Ntra. Sra. Del Pilar		
Clínica Montecanal		
Centro Médico Seap, S.L. (Monzon)		
Clinica Universitaria de Navarra		
Capitolio, S.A.Clinica Alto Aragón		
Policlínica Alto Aragón		
Clínica Torguet Alcolea, S.C.	Procedimientos quirúrgicos derivados de lista de espera	
Unidad Aragonesa de Salud, S.L.		
Instituto Medico Asistencial, S.I.		
Policlínica Bucodental, S.L.P.		
Cl. Sofía Hernández Montero		
Complejo policlínico Hernán Cortes		
Instituto Lleida Oftalmología, S.L.P.		
Policlínica Guipuzkoa, S.A.		
Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro Sanatorio Medico Quirúrgico de Lérida, S.A.U.		
Procedimientos diagnósticos. Instalaciones fijas. Contrato marco Albarracín II.		
José Antonio Compaired, S.A.		
Grupo Hospitalario Quirón, S.A.		
Gabinete de Medicina Nuclear, Mesapa, S.A.		
Hospital Maz		
Policlínica Alto Aragón		
Clínica Montpellier		
Instituto Medico Asistencial (C. Actur)		
Radiología Computerizada, S.L.		
I.V.O		
Dra. Roca	Procedimientos quirúrgicos derivados de Lista de espera	
Gamma-Scan		
Centro Médico Seap, Monzón		
Centro Médico Calatayud		
Capitolio, S.A. Clínica Santiago		
Clínica Ntra. Sra. Del Pilar		
N.F.C. Y SUEÑO, S.L.		
Clínica Montecanal		
Complejo policlínico Hernán Cortes		
Alta Tecnología Médica Aragón, S.L.		
Procedimientos terapéuticos. Contrato marco Río Aragón.		
Radiocirugía San Francisco de Asís		
Ruber Internacional, S.A.		
Fundación Instituto Valenciano de Oncología		
Clínica Montecanal, S.L.	Procedimientos quirúrgicos derivados de Lista de espera	
Clinica Quirón, S.A.		
Unidad Arag. de Salud, S.L.		
Clínica Montpellier		
ERESA		
Procedimientos diagnósticos. Instalaciones móviles. Contrato marco Moncayo.		
Alliance Medical	Procedimientos quirúrgicos	
Unidades Móviles diagnósticas	derivados de Lista de espera	

11.2 Transporte sanitario programado.

El transporte sanitario programado, dedicado al traslado no urgente de pacientes, está regulado por contrato (vigente hasta 08/2012) con proveedores privados de servicio, con ámbito geográfico provincial:

- **Zaragoza** (sectores sanitarios Zaragoza I, II y III y sector sanitario Calatayud). Empresa: Ambuibérica SL. Compromiso de horas totales de disponibilidad de vehículos: 201.512 horas anuales.
- **Teruel** (sectores sanitarios Teruel y Alcañiz). Empresa: Ambuibérica SL. Compromiso de horas totales de disponibilidad de vehículos: 77.960 horas anuales.
- **Huesca** (sectores sanitarios Huesca y Barbastro). Empresa: TSC (Transporte Sanitario de Cataluña). Compromiso de horas totales de disponibilidad de vehículos: 94.112 horas anuales.

Recursos: disponibilidad de vehículos y dotación de personal.

Localización y horario de dedicación

Base / localización	Vehículos	Horario de dedicación exclusiva
Huesca provincia		
	2	24 horas 365 días
Huesca	2	12 horas 365 días
	3	8 horas de lunes a viernes
	1	24 horas 365 días
Jaca	1	12 horas 365 días
	2	8 horas de lunes a viernes
	1	24 horas 365 días
Barbastro	2	12 horas 365 días
	2	8 horas de lunes a viernes
Fraga	1	12 horas 365 días
	1	8 horas de lunes a viernes
Según necesidad	4	
Teruel provincia		
	2	24 horas 365 días
	2	12 horas 365 días
Teruel	4	12 horas de lunes a viernes
	6	8 horas de lunes a viernes
	2	24 horas 365 días
	2	12 horas 365 días
Alcañiz	1	12 horas de lunes a viernes
	2	8 horas de lunes a viernes
Calamocha	1	12 horas de lunes a viernes
Mora de Rubielos	1	12 horas de lunes a viernes
Utrillas	1	12 horas de lunes a viernes
Zaragoza provincia		
Zaragoza	4	24 horas 365 días
	6	12 horas 365 días
	11	8 horas de lunes a sábados

Base / localización	Vehículos	Horario de dedicación exclusiva
	13	12 horas de lunes a viernes
	3	8 horas de lunes a viernes
	1	24 horas 365 días
Calatayud	1	12 horas 365 días
	2	12 horas de lunes a viernes
	1	8 horas de lunes a viernes
	1	24 horas 365 días
Ejea	1	12 horas 365 días
	1	12 horas de lunes a viernes
	1	8 horas de lunes a viernes
	1	24 horas 365 días
Tarazona	1	12 horas 365 días
	1	12 horas de lunes a viernes
	1	8 horas de lunes a viernes
La Almunia	1	12 horas de lunes a viernes
	1	8 horas de lunes a viernes
Cariñena	1	8 horas de lunes a viernes
Sos	1	8 horas de lunes a viernes
Alagon	1	12 horas de lunes a viernes
Zuera	1	8 horas de lunes a viernes
Belchite	1	8 horas de lunes a viernes
Sástago	1	12 horas de lunes a viernes

Dotación de medios personales

Personal	Huesca		Teruel		Zaragoza	
	Nº	Jornada	Nº	Jornada	Nº	Jornada
Conductores	39	8 horas	53	completa	112	completa
Camilleros	18	8 horas	14	completa	56	completa
Jefe de equipo	1	8 horas	2	*	2	*
Jefe de tráfico	2	8 horas	3	*	3	*
Personal administrativo	2	8 horas	3	*	3	*
Telefonistas	1	8 horas	6	*	6	*

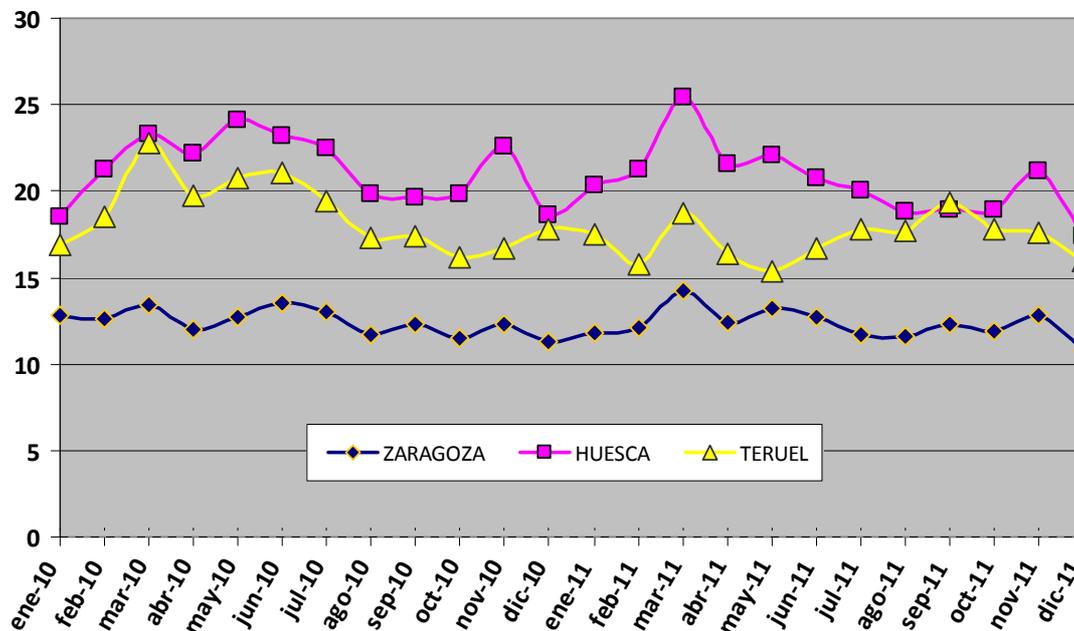
*El personal del Centro de Coordinación es común a Zaragoza y Teruel.

Actividad realizada.

En las tablas que aparecen a continuación se resume la actividad realizada de servicio de transporte no urgente de personas durante 2010 y 2011. En esta actividad, se diferencia por un lado el tipo de trayecto (colectivo ida; colectivo vuelta; individual ida; individual vuelta) y por otro lado el tipo de terapia al que va destinado el servicio (consulta externa o prueba programada; consulta prueba diagnóstica; diálisis; hospital de día; oncología; radioterapia; rehabilitación; salida de planta a domicilio; salida de planta a otro hospital; salida de urgencias a domicilio; salida de urgencias a otro hospital).

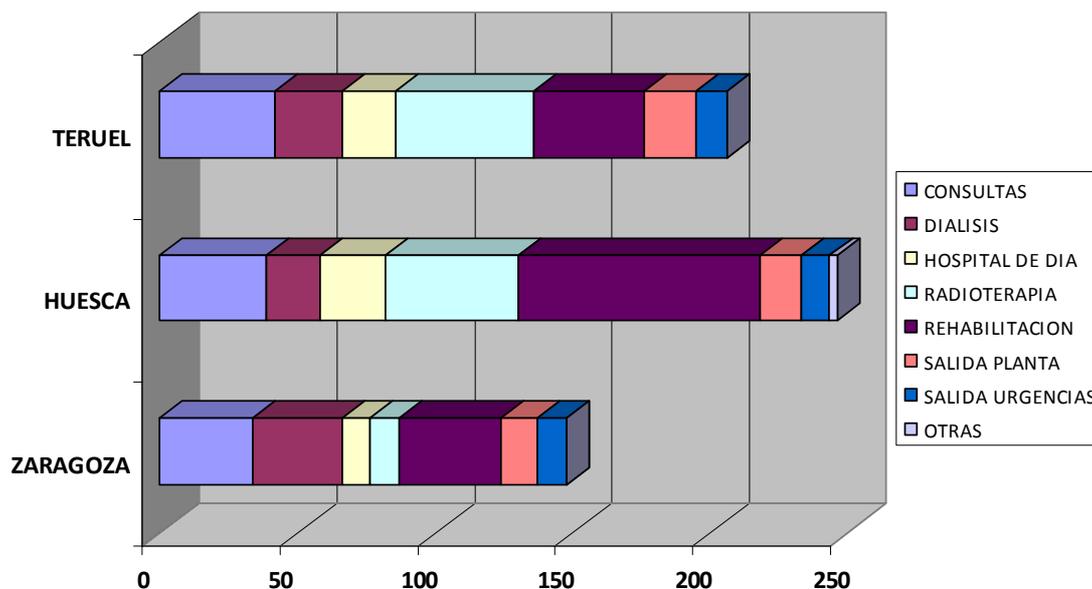
De manera global, en el gráfico siguiente se muestra la evolución de las tasas de utilización por cada mil habitantes (número total de servicios por 1.000 habitantes de población de referencia) en cada una de las tres provincias, a lo largo de 2010 y 2011, encontrándose especialmente importantes diferencias entre Zaragoza y Huesca.

Tasa de utilización por 1.000 habitantes



Se observa también una diferente distribución entre el tipo de servicio efectuado entre las diferentes provincias, como se observa en el siguiente gráfico.

Tasas de utilización por cada 1.000 usuarios, según tipo de servicio. 2011



Número de servicios por tipo de terapia

Terapia	Aragón			Huesca			Teruel			Zaragoza		
	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%	2010	2011	%
Cons./prueba progr.	47.225	43.712	-7,44	9.219	8.398	-8,91	6.284	5.715	-9,05	31.722	29.599	-6,69
Cons./prueba diag.	3.734	3.069	-17,81	103	62	-39,81	704	671	-4,69	2.927	2.336	-20,19
Diálisis	40.307	39.606	-1,74	5.101	4.332	-15,08	5.030	3.666	-27,12	30.176	31.608	4,75
Hospital de día	18.301	17.544	-4,14	4.549	5.104	12,20	3.504	2.992	-14,61	10.248	9.448	-7,81
Oncológica	1.644	619	-62,35	553	619	11,93	436		-100,00	655		-100,00
Radioterapia	27.076	28.445	5,06	11.160	10.582	-5,18	6.579	7.610	15,67	9.337	10.253	9,81
Rehabilitación	62.762	60.775	-3,17	19.568	19.284	-1,45	7.068	6.017	-14,87	36.126	35.474	-1,80
Salida planta domic.	14.700	14.627	-0,50	2.826	2.580	-8,70	2.086	1.980	-5,08	9.788	10.067	2,85
Salida planta hosp.	2.765	4.099	48,25	717	713	-0,56	549	888	61,75	1.499	2.498	66,64
Salida urg. domic.	10.744	11.065	2,99	1.568	1.617	3,13	1.536	1.528	-0,52	7.642	7.920	3,64
Salida urg. hosp.	3.065	2.864	-6,56	570	648	13,68	254	253	-0,39	2.241	1.963	-12,41
Total	232.323	226.425	-2,54	55.934	53.939	-3,57	34.030	31.320	-7,96	142.361	141.166	-0,84

11.3 Propuestas de actuación.

	A	S	E	I
11.1 Departamentos y organismos del Gobierno de Aragón.			X	
11.2 Servicios sociales.			X	
11.3 Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.			X	
11.4 Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.	X		X	
11.5 Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.			X	
11.6 Universidades y otros centros de formación.			X	
11.7 Cruz Roja y Protección Civil.			X	
11.8 Servicios de salud de otras comunidades autónomas.			X	X
11.9 Centros asistenciales concertados.	X		X	

12 Instalaciones, edificios y tecnologías médicas.

12.1 Edificios de uso asistencial.

Para poder realizar las tareas encomendadas, el SALUD dispone de un importante número de inmuebles situados a lo largo de todo el territorio aragonés, y destinados a servir de marco físico para prestar la atención sanitaria pública en sus distintas vertientes.

		Edificios	Superficie constr (m ²)
Centros de salud	CS	121	185.163
Centros de especialidades	CE	5	21.296
Centros de salud mental	SM	6	28.160
Centros hospitalarios	H	11	452.336
Centros administrativos y otros usos	A	14	21.152
Total		158	714.172

Se trata de edificios con requerimientos técnicos muy exigentes para garantizar la plena disponibilidad de los mismos, que en un porcentaje importante es de 24 horas al día, los 365 días del año.

Durante el año 2011 no se ha entregado al uso ningún edificio de nueva planta. Se han completado las ampliaciones de los centros de salud de Alagón, La Almunia, Albalate de Cinca y Villarroya de la Sierra, que suponen un incremento de superficie de poco más de 750 m² construidos, y las obras de la primera fase de reforma y ampliación del hospital Nuestra Señora de Gracia.

Durante el año 2010 se terminaron y abrieron los nuevos centros de salud de Valdespartera, Parque Goya y Actur Norte que supusieron un incremento de superficie construida asistencial de 15.124 m². También se terminaron las obras de reforma y ampliación de los hospitales de Barbastro y Univ. Miguel Servet (traumatología, rehabilitación y quemados).

Con estas incorporaciones, el listado de edificios disponibles en 01/2012 es el siguiente:

Sector	Tipo	Municipio	Nombre	Edif	Superf	Régimen
Alcañiz	CS	Alcañiz	Alcañiz	1	3.076	P
Alcañiz	CS	Alcorisa	Alcorisa	1	887	P
Alcañiz	CS	Andorra	Andorra	1	1.843	P
Alcañiz	CS	Calaceite	Calaceite	1	404	P
Alcañiz	CS	Calanda	Calanda	1	1.347	P
Alcañiz	CS	Cantavieja	Cantavieja	1	361	P
Alcañiz	CS	Caspe	Caspe	1	1.671	P
Alcañiz	CS	Hijar	Hijar	1	1.008	P
Alcañiz	CS	Maella	Maella	1	690	P
Alcañiz	CS	Mas de las Matas	Mas de las Matas	1	2.671	P
Alcañiz	CS	Muniesa	Muniesa	1	402	P
Alcañiz	CS	Valderrobres	Valderrobres	1	446	P
Alcañiz	H	Alcañiz	Alcañiz	1	7.185	P
Alcañiz	O	Alcañiz	Almacen historias clinicas	1	133	A
Alcañiz	O	Alcañiz	Almacen historias clinicas	1	82	A
Barbastro	CE	Monzón	Santa Barbara	1	2.520	P
Barbastro	CS	Abiego	Abiego	1	120	P
Barbastro	CS	Ainsa	Ainsa	1	530	P
Barbastro	CS	Albalate de Cinca	Albalate de Cinca	1	380	P
Barbastro	CS	Barbastro	Barbastro	1	1.278	P
Barbastro	CS	Barbastro	Barbastro ampliación	1	393	A
Barbastro	CS	Benabarre	Benabarre	1	503	P
Barbastro	CS	Berbegal	Berbegal	1	424	P
Barbastro	CS	Binefar	Binefar	1	797	P
Barbastro	CS	Castejón de Sos	Castejón de Sos	1	398	P
Barbastro	CS	Fraga	CS/CAR Bajo Cinca	1	4.428	P
Barbastro	CS	Graus	Graus	1	975	P
Barbastro	CS	Lafortunada	Lafortunada	1	240	P
Barbastro	CS	Mequinenza	Mequinenza	1	430	P
Barbastro	CS	Monzón	Monzón Urbana y Rural	1	2.104	P
Barbastro	CS	Tamarite de Litera	Tamarite de Litera	1	1.100	P
Barbastro	H	Barbastro	Barbastro	1	21.000	P
Calatayud	CS	Alhama de Aragón	Alhama de Aragón	1	550	P
Calatayud	CS	Ariza	Ariza	1	440	P
Calatayud	CS	Ateca	Ateca	1	421	P
Calatayud	CS	Calatayud	Calatayud Urbano y Rural	1	3.735	P
Calatayud	CS	Daroca	Daroca	1	287	P
Calatayud	CS	Illueca	Illueca	1	1.393	P
Calatayud	CS	Morata de Jalón	Morata de Jalón	1	391	P
Calatayud	CS	Sabiñán	Sabiñán	1	300	P
Calatayud	CS	Villarroya de la Sierra	Villarroya de la Sierra	1	387	P
Calatayud	H	Calatayud	Ernest Lluch	3	19.031	P
Huesca	CS	Almudevar	Almudevar	1	450	P
Huesca	CS	Ayerbe	Ayerbe	1	395	P
Huesca	CS	Berdún	Berdún	1	343	P
Huesca	CS	Biescas	Biescas-Valle de Tena	1	537	P
Huesca	CS	Broto	Broto	1	959	P
Huesca	CS	Grañén	Grañén	1	1.143	P
Huesca	CS	Hecho	Hecho	1	507	P
Huesca	CS	Huesca	Huesca Rural			P
Huesca	CS	Huesca	Perpetuo Socorro	1	937	A
Huesca	CS	Huesca	Pirineos	1	5.174	P
Huesca	CS	Huesca	Santo Grial	1	1.709	P
Huesca	CS	Jaca	Jaca	1	1.000	P

Sector	Tipo	Municipio	Nombre	Edif	Superf	Régimen
Huesca	CS	Sabiñanigo	Sabiñanigo	1	1.724	P
Huesca	CS	Sariñena	Sariñena	1	1.236	P
Huesca	H	Huesca	San Jorge	4	22.455	P
Huesca	SM	Huesca	CRP Sto Cristo de los Milagros	3	7.563	P
Huesca	H	Huesca	Sagrado Corazón de Jesús	3	9.272	P
Teruel	CS	Albarracín	Albarracín	1	240	P
Teruel	CS	Alfambra	Alfambra	1	270	P
Teruel	CS	Aliaga	Aliaga	1	443	P
Teruel	CS	Báguena	Báguena	1	267	P
Teruel	CS	Calamocha	Calamocha	1	1.322	P
Teruel	CS	Cedrillas	Cedrillas	1	371	P
Teruel	CS	Cella	Cella	1	416	P
Teruel	CS	Monreal del Campo	Monreal del Campo	1	745	P
Teruel	CS	Mora de Rubielos	Mora de Rubielos	1	1.515	P
Teruel	CS	Mosqueruela	Mosqueruela	1	90	P
Teruel	CS	Santa Eulalia del Campo	Santa Eulalia del Campo	1	435	P
Teruel	CS	Sarrión	Sarrión	1	180	P
Teruel	CS	Teruel	Teruel Urbano y Rural	1	1.192	P
Teruel	CS	Teruel	Teruel Ensanche	1	7.227	P
Teruel	CS	Utrillas	Utrillas	1	1.052	P
Teruel	CS	Villel	Villel	1	300	P
Teruel	H	Teruel	San José	2	3.880	P
Teruel	SM	Teruel	CRP San Juan de Dios	4	7.613	P
Teruel	H	Teruel	Obispo Polanco	1	21.178	P
Teruel	A	Teruel	Gerencia del Sector	1	653	A
Teruel	O	Teruel	Almacén atención primaria	1	548	A
Teruel	O	Teruel	Escuela de enfermería	1	532	A
Teruel	O	Teruel	Almacén general de recetas	1	251	A
Varios	A	Zaragoza	Gerencia 061 Aragón	1	750	A
Varios	A	Zaragoza	Gerencia 061 Aragón	1	207	A
Varios	A	Zaragoza	Gerencia SALUD	1	6.530	P
Varios	A	Zaragoza	Edificio P ^o Maria Agustín 16	1	5.377	P
Varios	A	Huesca	Edificio CETEC SALUD (Walqa)	1	2.831	P
Zaragoza I	CE	Zaragoza	Grande Covián	1	5.883	P
Zaragoza I	CS	Alfajarín	Alfajarín	1	385	P
Zaragoza I	CS	Bujaraloz	Bujaraloz	1	489	P
Zaragoza I	CS	Luna	Luna	1	209	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Actur Norte	1	2.611	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Actur Oeste/Amparo Poch	1	3.731	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Actur Sur	1	2.497	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Arrabal	1	1.877	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Avenida Cataluña/La Jota	1	2.146	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Avenida Cataluña/La Jota	1	341	A
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Santa Isabel	1	1.480	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Parque Goya	1	8.021	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Villamayor	1	538	P
Zaragoza I	CS	Zaragoza	Zalfonada	1	2.061	P
Zaragoza I	CS	Zuera	Zuera	1	1.000	P
Zaragoza I	H	Zaragoza	Nuestra Señora de Gracia	3	25.791	P
Zaragoza I	H	Zaragoza	Royo Villanova	2	28.993	P
Zaragoza I	O	Zaragoza	Almacén sector Zaragoza I	1	768	A
Zaragoza II	CE	Zaragoza	San José	1	2.826	P
Zaragoza II	CE	Zaragoza	Ramon y Cajal	1	5.798	P
Zaragoza II	CS	Belchite	Belchite	1	436	P

Sector	Tipo	Municipio	Nombre	Edif	Superf	Régimen
Zaragoza II	CS	Fuentes de ebro	Fuentes de Ebro	1	928	P
Zaragoza II	CS	Sástago	Sástago	1	370	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Casablanca	1	1.040	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Fernando el Católico	1	4.201	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Hernan Cortés(Pl. Roma)	1	938	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Consultorio Hnos. Ibarra	1	509	A
Zaragoza II	CS	Zaragoza	La Almozara	1	4.973	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Las Fuentes Norte	1	3.164	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Madre Vedruna-Miraflores	1	5.931	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Rebolería	1	3.816	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Romareda (Seminario)	1	3.942	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Sagasta/Muñoz Fernández	1	5.904	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	San José Centro, Norte	1	2.984	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	San José Sur y Venecia	1	2.443	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	San Pablo	1	2.876	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Torre Ramona	1	1.511	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Torrero La Paz	1	4.245	P
Zaragoza II	CS	Zaragoza	Valdespartera	1	4.492	P
Zaragoza II	H	Zaragoza	H. Univ. Miguel Servet	5	195.511	P
Zaragoza II	O	Zaragoza	Almacén Sector Zaragoza II	1	1.661	A
Zaragoza II	O	Zaragoza	Almacén Sector Zaragoza II	1	830	A
Zaragoza III	CE	Zaragoza	Inocencio Jiménez	1	4.269	P
Zaragoza III	CS	Alagón	Alagón	1	1.002	P
Zaragoza III	CS	Borja	Borja	1	901	P
Zaragoza III	CS	Cariñena	Cariñena	1	770	P
Zaragoza III	CS	Casetas	Casetas	1	1.800	P
Zaragoza III	CS	Ejea de los Caballeros	Ejea de los Caballeros	1	2.609	P
Zaragoza III	CS	Épila	Épila	1	871	P
Zaragoza III	CS	Gallur	Gallur	1	682	P
Zaragoza III	CS	Herrera de los Navarros	Herrera de los Navarros	1	272	P
Zaragoza III	CS	La Almunia de Doña Godina	La Almunia de Doña Godina	1	1.120	P
Zaragoza III	CS	María de Huerva	María de Huerva	1	435	P
Zaragoza III	CS	Sádaba	Sádaba	1	563	P
Zaragoza III	CS	Sos del Rey Católico	Sos del Rey Católico	1	556	P
Zaragoza III	CS	Tarazona	CS/CAR Moncayo*	1	5.306	P
Zaragoza III	CS	Tauste	Tauste	1	1.560	P
Zaragoza III	CS	Utebo	Utebo	1	1.309	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Bombarda	1	1.335	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Delicias Norte	1	1.580	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Delicias Sur	1	3.080	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Miralbueno-Garrapinillos	1	2.624	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Oliver	1	1.754	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Univérsitas	1	2.585	P
Zaragoza III	CS	Zaragoza	Valdefierro	1	1.371	P
Zaragoza III	SM	Zaragoza	Centro de Día	1	1.323	P
Zaragoza III	SM	Zaragoza	Centro Salud Mental Delicias	1	550	P
Zaragoza III	H	Zaragoza	Clínico Univ. Lozano Blesa	2	98.040	P
Zaragoza III	SM	Zaragoza	CRP Ntra Sra del Pilar	6	9.698	P
Zaragoza III	SM	Zaragoza	CRP Ntra Sra del Pilar (pab. V y VI)	2	6.537	P
Zaragoza III	SM	Zaragoza	El Frago	2	941	P

P: propiedad o cesión de uso, A: alquiler.

Situación patrimonial de los inmuebles utilizados.

El cumplimiento de las tareas encomendadas al SALUD se realiza en edificios que mayoritariamente son propiedad de la comunidad autónoma o son cesiones de uso realizadas por la Tesorería de la Seguridad Social sin contraprestación económica alguna mientras se mantenga la finalidad sanitaria.

Un total de 11.373 m², de los 714.400 m² utilizados, están en régimen de alquiler, lo que supone el 1,59%. El 37,5% de la superficie alquilada se destina a almacenamiento, el 39,05% a uso administrativo y el resto a uso asistencial o asimilable.

Seis de los ocho sectores, el 061 Aragón y el CGIPC tienen contratos de alquiler vigentes, mientras que los sectores de Calatayud y Zaragoza III no tienen ninguno.

Antigüedad desde la construcción o reforma de los inmuebles.

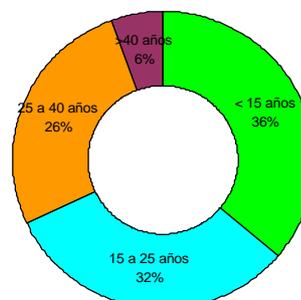
La antigüedad de los centros es un dato de importancia en un proceso de análisis sobre el parque construido de cualquier institución, ya que hasta los 25 años los edificios sanitarios, con carácter general, conservan condiciones de explotación razonablemente adecuadas, siempre que se realicen las tareas de mantenimiento y de sustitución puntual de pequeñas partes de las instalaciones.

A partir de los 30 años los inmuebles con mayor especialización e intensidad de uso (hospitalización) presentan ya problemas de obsolescencia funcional y técnica generalizados, además de problemas estructurales localizados.

Ese umbral temporal marca por tanto el momento en el que es recomendable que la organización haga un análisis funcional del contenido del mismo y plantearse un horizonte de reestructuración de contenidos, organización interna acorde y remodelación integral del edificio.

Centros hospitalarios.

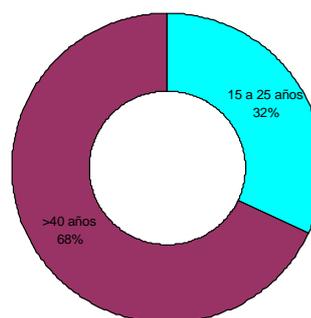
Centro	Años
Hospital Univ. Miguel Servet	
Traumatología	<15
Bloque Técnico / Industrial	<15
Consultas externas	<15
Residencia general	25
Materno infantil	>30
Hospital Clínico Universitario	15
Hospital Royo Villanova (Urgencias, Bloque, UCI)	20
Hospital Nuestra Señora de Gracia	<15
	>40
Hospital Ernest Lluch	26
Hospital San Jorge	>20
Hospital de Barbastro	<15
Hospital Sagrado Corazón de Jesús	>40
	>40
Hospital Obispo Polanco	25
	<15
Hospital de Alcañiz	>30
Hospital San José	>25



Especial atención en este apartado merecen el Hospital Materno Infantil y la Residencia General del Hospital Miguel Servet, el Hospital Ernest Lluch, la 2ª fase del Hospital Nuestra Señora de Gracia, además de los Hospitales de Teruel y Alcañiz, cuyos trámites para ser sustituidos ya están en proceso de adjudicación de obras o en trabajos preliminares de contratación.

Centros de especialidades médicas.

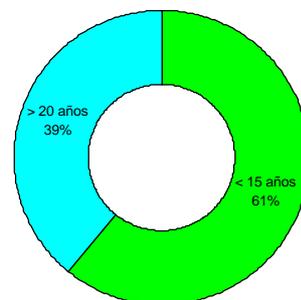
Centro	Años
C.E.M. Ramón y Cajal	>40
C.E.M. San José	>40
C.E.M. Grande Covián	15
C.E.M. Inocencio Jiménez	>40
C.E.M. Monzón	15



El CEM Inocencio Jiménez está en proceso de sustitución por un edificio de nueva planta que se terminará de construir en el año 2014.

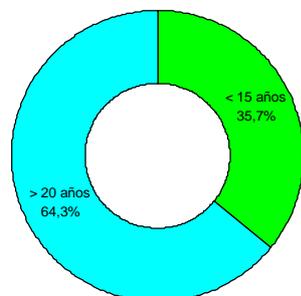
Centros de salud urbanos.

Centro	Años	Núm.	%
CS urbanos: 46	<15	28	60,9
(Localidades > 8.000 habitantes)	>20	18	39,1



Centros de salud rurales.

Centro	Años	Núm.	%
CS rurales: 70	<15	25	35,7
(Localidades < 8.000 habitantes)	>20	45	64,3



Centros de rehabilitación psicosocial.

Centro	Años
Sto. Cristo de los Milagros (Huesca)	<15
San Juan de Dios (Teruel)	<15
Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza)	<15
4 Pabellones	<15
2 Pabellones	>50



Sólo uno de los dos pabellones más antiguos está ocupado en la actualidad con pacientes ingresados. El otro (pabellón Droncha) está parcialmente desalojado.

Obras en ejecución o en trámite:

En estos momentos se está trabajando en las obras de construcción de:

- Nuevo **centro de especialidades médicas junto a la Estación Intermodal**, que permitirá cerrar el centro de especialidades medicas Inocencio Jiménez y acoger el **centro coordinador de urgencias y la Gerencia del 061 Aragón**. Las obras se terminarán a finales de 2013/ principios de 2014. La inversión total en la construcción será de 28.811.238 €, al que se le añadirán los costes de los planes de montaje.

- Nuevo **centro de salud Almozara**, para sustituir el actual centro de salud muy colapsado y obsoleto. Las obras terminarán en el último trimestre de 2013. Las obras se han adjudicado por una cuantía de 4.586.809 €.
- Nuevo **hospital de Teruel**, en la última fase de contratación, pendiente de la firma del contrato, que se retrasará unas semanas como consecuencia del recurso presentado ante el Tribunal Administrativo de Contratación Pública de Aragón (TACPA) por uno de los no adjudicatarios.

Situado en El Planizar, el proceso de inicio de las obras está condicionado por la redacción del proyecto del vial de conexión entre la Vía Perimetral de Barrios y la autovía A-23 y el impulso definitivo a la ejecución del mismo

Las obras, con las salvedades anteriores, se han adjudicado por 75.974.000 €, con un plazo de ejecución de 54 meses.

Además, como objetivo de legislatura, aunque en una fase anterior, está:

- Nuevo **hospital de Alcañiz**, en fase de supervisión del proyecto de ejecución, que plantea un edificio de 59.946 m² de hospitalización y la urbanización del vial de sistema general desde el cruce con la carretera de Caspe.

El proceso de cesión de la parcela aún no se ha completado.

Alguna de las instalaciones de nuestros centros presentan a corto y medio plazo **necesidad de reformas o sustitución** por un importe estimado mínimo de 27 millones €.

12.2 Energía y consumos energéticos.

Dada la consideración de servicio público imprescindible y su plena disponibilidad a lo largo del tiempo, como ya se ha hecho hincapié en apartados anteriores, hay un interés en dotar a los edificios con pacientes ingresados, de fuentes de energía no sujetas a sistemas de transporte discontinuos, por ello todos los hospitales disponen de suministro de gas natural canalizado para la producción de agua caliente sanitaria y calefacción, salvo los hospitales de Barbastro y Ernest Lluch que utilizan gasóleo y dos pabellones del CRP Nuestra Señora del Pilar que son con energía eléctrica (bombas de calor). Un objetivo irrenunciable a medio plazo es acabar con estas excepciones.

Por otra parte se observa una gran disparidad de consumo de energía/m²/año en edificios con similar régimen de uso (centro de salud), con variaciones de más del 30% de consumo unitario. Esto está muy relacionado con la tecnología utilizada en la producción de calor/frío y con la antigüedad de la instalación.

Durante el año 2011 se ha realizado una experiencia piloto en el Hospital Royo Villanova sobre monitorización de instalaciones, que además de dar buenos resultados en cuanto a ahorro energético global (superiores al 6% combinado), ha permitido probar cambios en los procesos

de explotación de las instalaciones sin afectar al confort de pacientes y profesionales. Esta experiencia será trasladada al resto de hospitales de la red.

Durante el año 2012 se está iniciando, en el marco de un programa de IDAE y el Departamento de Industria del Gobierno de Aragón, el procedimiento para la implantación de Empresas de Servicios Energéticos (ESE) en varios edificios del SALUD, que permitirá la sustitución de los equipos e instalaciones ineficientes con cargo a empresas interesadas, que luego recuperarán su inversión con los ahorros energéticos conseguidos. El objetivo de ahorro es de un 20% del consumo total de energía en cada centro elegido.

La elevada cantidad de energía que se consume anualmente, la fluctuación de precios de la energía dependiendo de coyunturas externas a la organización, que ha conllevado incrementos de precio unitario de más del 50% en los últimos años, y la lógica contención del gasto corriente, hacen que el apartado de consumos energéticos tenga que ser una de las prioridades en el futuro cercano.

Gasto en energía (excluido el gasóleo) soportado

	2009	2010	2011*
Coste total (€)	15.458.500	16.054.407	15.725.600

Dato estimado con el real hasta 11/2011.

12.3 Recursos humanos y económicos.

Medios personales para ingeniería y mantenimiento de edificios.

Sector	Ing. superior	Ing. técnico	Jefes de taller	Oficios varios	Aux. admin.
Alcañiz		1	1	9	
Barbastro		2		17	
Calatayud	1			10	
Huesca	1	2	1	33	2
Teruel ¹		3	4	20	
Zaragoza I ²	0	2	3	20	2
Zaragoza II ¹	1	10	4	126	8
Zaragoza III ¹	2	5	5	68	4

1 Incluye personal para mantenimiento electromedicina

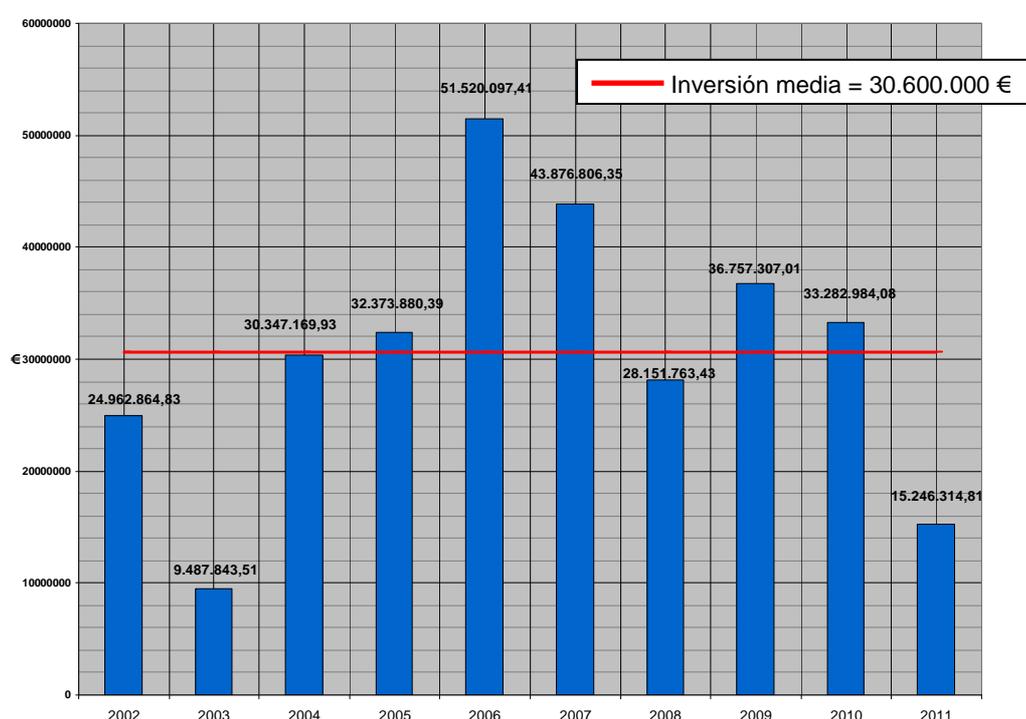
2 El Hospital N^o Sra. de Gracia tiene externalizado todo el mantenimiento.

La organización de los distintos sectores es muy diferente; tres de ellos disponen de personal técnico propio para llevar parte del mantenimiento de la electromedicina, mientras que los demás lo tienen externalizado. El sector Zaragoza I no dispone de personal para mantenimiento en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, tareas que realiza una empresa contratada bajo la supervisión de un responsable técnico propio. Algunos sectores tienen los medios personales distribuidos en más de un centro.

El ratio de personal propio dedicado a mantenimiento por cama hospitalaria (incluyendo los dispositivos de salud mental), y teniendo en cuenta que el servicio que se presta es de 365 días al año, las 24 horas del día, oscila entre 1,28 personas/10 camas y 0,66 personas/10 camas.

Previsiblemente habrá que analizar con cada una de las unidades la distribución del personal técnico y de oficios varios, y en concordancia con sus singularidades, homogeneizar la organización en el SALUD hacia el modelo más eficaz.

Evolución de las inversiones en obras (capítulo VI)



Desglose por líneas de trabajo

	At. especializada	At. primaria	Salud mental	Edif. administrativos
2002	65,76%	29,15%	4,60%	
2003	9,47%	66,50%	20,00%	4,00%
2004	63,20%	22,54%	13,65%	1,20%
2005	79,75%	16,45%	3,63%	
2006	82,00%	7,18%	10,85%	
2007	86,95%	6,55%	6,50%	
2008	88,81%	4,50%	6,06%	
2009	83,33%	14,36%	2,50%	
2010	65,61%	33,92%	0,045%	
2011	75,00%	25,00%	0,00%	
Total	75,76%	17,60%	6,33%	0,30%

Las variaciones tan pronunciadas en el capítulo de inversiones durante los años 2006 y 2007 se deben al punto álgido de las obras de reforma y ampliación de Traumatología del Hospital Univ. Miguel Servet, que coincidieron con obras de los hospitales de Barbastro y Nuestra Señora de Gracia. En el año 2003 hubo una prórroga presupuestaria que impidió iniciar nuevas obras ni hacer frente a obligaciones no reconocidas íntegramente con anterioridad.

La escasa dotación económica en el capítulo VI-obras en el año 2011 ha obligado a dejar sin abonar las liquidaciones correspondientes a Traumatología y al Hospital Nuestra Señora de Gracia por una cuantía superior a 10 millones de euros, trasladando dichas obligaciones al ejercicio 2012. A esas cantidades habrá que añadir los intereses de demora que se están generando hasta que se produzca el pago efectivo.

En general, como estrategia de inversión en renovación de instalaciones y edificios es deseable mantener un nivel estable a lo largo del tiempo, en lugar de grandes oscilaciones que no permiten una planificación ordenada de los procesos.

La inversión marcada como media en los últimos años (30,6 mill.) permite renovar y actualizar las infraestructuras cada 32-34 años. Las inversiones entre atención primaria y atención especializada, una vez se culminen las obras de los pabellones psiquiátricos, se estima se deberían mantener en un ratio 1:4 debido tanto a su mayor superficie como a la mayor intensidad de uso y consiguiente desgaste de los equipamientos hospitalarios.

Gasto anual mantenimiento externalizado (excluido electromedicina)

Sector Zaragoza III	Superficie (m²)	Coste (€)	Coste / m²
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa (incluye CEM)	98.040	620.000	6,32 €/m ²
C.R.P. Nuestra Señora del Pilar	16.200	110.400	6,81 €/m ²
22 centros de salud (excluye Ejea y Tarazona)	34.133	70.362	2,06 €/m ²
Total	148.373	800.762	5,40 €/m²

Se ha escogido un sector piloto para ver cuánto supone la inversión que se realiza en mantenimiento con empresas especializadas.

De los datos se deriva que la cuantía invertida es muy reducida respecto del coste de construcción ex -novo de cualquier edificio, ya que la misma estaría por debajo del 1% anual del total de la inversión por metro cuadrado si se realizara de nuevo.

Comparativamente este coste invertido en mantenimiento es inferior, por ejemplo, al que gasta el sector en contratos de vigilancia para el hospital.

Esto impide la sustitución escalonada de elementos tales como los sistemas de gestión de instalaciones que quedan obsoletos y sin repuestos con los años, dejando de automatizar y monitorizar procesos y aumentando el consumo de energía y el número de personas necesarias para el mantenimiento.

12.4 Tecnologías médicas.

La gestión de buena parte de los equipamientos de tecnología médica es responsabilidad de cada sector, de acuerdo a su cartera de servicios y necesidades. Existe un registro centralizado de dotación de alta tecnología y las decisiones de inversión al respecto se han tomado centralizadamente. No se ha estandarizado un procedimiento de evaluación e introducción de nuevas tecnologías.

Equipamiento	Número
Monitor de hemodiálisis	122
Telemando	21
Ecógrafo	149
Mamógrafo	23
Tomógrafo axial computarizado	15
Resonancia magnética nuclear	6
Angiógrafo digital	3
Gammacámara / SPECT	4
Planificador / simulador	3
Acelerador lineal	4
Neuronavegador	2
Litotriector	1
Sala de radiología convencional	52
Sala de hemodinámica	3

Se incluye la dotación tecnológica de los hospitales sociosanitarios y los mamógrafos de las unidades de cribado de cáncer de mama.

12.5 Vehículos.

Se realizan compras centralizadas de vehículos, dentro de la gama homologada por el Gobierno de Aragón.

Resumen

	Número	Antigüedad (años)			
		Media	Mediana	Min.	Max.
Gerencia	5	10,6	8,0	4	24
Alcañiz	17	8,8	9,0	3	14
Barbastro	24	7,5	7,5	1	14
Calatayud	15	10,5	12,0	1	22
Huesca	30	7,8	8,5	1	22
Teruel	35	11,3	11,0	3	25
Zaragoza I	16	8,9	10,5	1	14
Zaragoza II	18	9,4	9,0	2	20
Zaragoza III	30	9,6	8,5	2	24
061	25	8,1	8,0	3	14
Cedidos a otras instituciones	22	19,0	19,0	12	23
Total (sin cedidos)	237	9,2	9,0	1	25

Actualizado a 09/2011.

Relación

Destino	Marca y modelo	Matrícula	Año	Importe adq.
Dirección Gerencia				
Comunidad terapéutica El Frago	Citroen C-25	HU-7590-H	1988	Serv. prov. Huesca
Comunidad terapéutica El Frago	Opel Combo C/DF11	6111 FGK	2006	13.070,00
Dir. Instalac., obras, e innov. tecnológica	Renault Laguna	8160 BPR	2001	11.719,74
Dir. Instalac., obras, e innov. tecnológica	Suzuki UH150	2954 CXG	2004	3.350,00
Dirección Gerencia	Volkswagen Passat	6958 GFH	2008	31.578,10
Sector Alcañiz				
Atención primaria	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-2293-BJ	1998	6.712,40
Atención primaria mantenimiento	Fiat Scudo	4969 DSD	2005	19.280,00
CS Alcañiz	Peugeot 206	1841 CVN	2004	10.595,39
CS Alcañiz	Fiat	6753 GKY	2009	18.000,00
CS Alcorisa	Fiat	2922 FRP	2007	11.850,00
CS Andorra	Peugeot 206 3P	9841 BNH	2001	8.414,17
CS Calaceite	Fiat	6447 FYL	2007	11.069,80
CS Calanda	Peugeot 206 3P	7253 BRK	2001	8.414,17
CS Cantavieja	Suzuki Jimny	4263 DVX	2006	11.300,00
CS Caspe	Peugeot 106	3188 BBP	2000	7.201,13
CS Híjar	Seat Ibiza	8125 FGY	2006	10.952,21
CS Híjar	Fiat Punto 199	2901 FRP	2007	11.850,00
CS Maella	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9998-BN	1999	6.223,48
CS Mas de las Matas	Peugeot 206	3908 CDN	2003	9.770,25
CS Muniesa	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9997-BN	1999	6.223,48
CS Valderrobres	Peugeot 206 3P	9840 BNH	2001	8.414,17
CS Villaluengo (Cantavieja)	Suzuki Vitara	9184 BPT	2001	14.424,29
Sector Barbastro				
Atención primaria	Seat Ibiza	1796 CCW	2002	10.777,65
Atención primaria	Opel Meriva	3440 FFX	2006	15.000,00
Atención primaria	Peugeot Expert	5180 FFZ	2006	18.620,00
Atención primaria	Suzuki Jimny	4722 GCR	2008	15.665,00
Atención primaria	Opel Corsa	7002 GNF	2009	9.919,64
Atención primaria	Opel Corsa	7016 GNF	2009	9.919,64
Atención primaria	Opel Corsa	7637 GNR	2009	9.919,64
Atención primaria	Opel Corsa	0014 HFR	2011	11.730,36
Centro Esp. Fraga	Citroen Jumpy 1.9 Diesel	HU-2244-O	1998	7.527,00
CS Abiego	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9989-BN	1999	6.223,48
CS Ainsa	Suzuki Vitara	8394 BDK	2000	14.424,29
CS Ainsa	Suzuki Jimny	7247 HFJ	2011	11.701,13
CS Benabarre	Suzuki Vitara	8395 BDK	2000	14.424,29
CS Benabarre	Suzuki Jimny Hard Top 1.3	6773 DLV	2005	11.995,00
CS Berbegal	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9999-BN	1999	6.223,48
CS Berbegal	Opel Corsa	7662 GYW	2010	10.650,00
CS Binefar	Seat Ibiza	3063 CBP	2002	10.230,77
CS Castejón de Sos	Suzuki Vitara	2766 BCI	2000	14.424,29
CS Castejón de Sos	Suzuki Jimmy	9512 CYZ	2004	11.695,00
CS Fraga	Opel Corsa	7656 GYW	2010	10.650,00
CS Graus	Peugeot 106	3194 BBP	2000	7.201,13
CS Mequinenza	Peugeot 106	3192 BBP	2000	7.201,13
CS Monzón	Peugeot 107	5159 GKC	2008	8.198,00
CS Tamarite de Litera	Peugeot 206 3P	5610 BSW	2001	9.208,07
Sector Calatayud				
CS Alhama de Aragón	Daewo Matiz 800 S A/A	5261 CZP	2004	7.195,22
CS Ariza	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9992-BN	1999	6.223,48

Destino	Marca y modelo	Matrícula	Año	Importe adq.
CS Ateca	Opel Corsa	0839 FRM	2007	12.760,00
CS Calatayud	Susuki Samurai SJ413JHT	Z-5763-AH	1990	9.486,87
CS Calatayud	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-2290-BJ	1998	6.712,40
CS Calatayud (APC)	Susuki Samurai	Z-5251-AX	1994	10.573,31
CS Calatayud Norte	Citroen C2	9505 DTJ	2005	9.946,93
CS Calatayud Sur	Peugeot 106	3193 BBP	2000	7.201,13
CS Daroca	Peugeot 106	3190 BBP	2000	7.201,13
CS Illueca	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-9994-BN	1999	6.223,48
CS Morata de Jalón	Opel Corsa	6243 HDH	2011	12.359,49
CS Nuévalos	Citroen C2	0993 DVJ	2005	9.946,93
CS Saviñán	Peugeot 106	8341 BDK	2000	7.201,13
CS Used	Citroen C2	5539 DTY	2005	9.946,93
CS Villarroya de la Sierra	Opel Corsa	4426 FDS	2006	10.404,19
Sector Huesca				
Atención primaria	Seat Ibiza	3347 CBP	2002	10.777,65
Atención primaria	Piaggio Vespa S 125	5324 FXG	2007	3.156,00
Atención primaria Jaca	Fiat Punto	HU-4963-N	1998	7.199,75
Atención primaria mantenimiento	Peugeot 106	1453 BBL	2000	7.201,13
Atención primaria mantenimiento	Peugeot 106	3189 BBP	2000	7.201,13
Atención primaria mantenimiento	Citroen Berlingo	5523 GKC	2008	15.162,00
CRP Santo Cristo de los Milagros	Opel Kadet	HU-8104-I	1990	
CRP Santo Cristo de los Milagros	Ford Fiesta	8276 CCS	2002	11.700,00
CS Almudevar	Seat Ibiza	2462 BSB	2002	9.208,07
CS Ayerbe	Opel Corsa	7455 GNR	2009	10.975,45
CS Berdún	Opel Corsa	5615 GGP	2008	10.270,08
CS Biescas	Suzuki Vitara	8944 BNG	2001	14.274,04
CS Broto	Suzuki Jimny	7116 HFJ	2011	11.336,12
CS Grañén	Seat Ibiza	1803 CCW	2002	10.777,65
CS Hecho	Suzuki Jimny	6998 HFJ	2011	11.336,12
CS Huesca Rural	Seat Ibiza	1814 CCW	2002	10.777,65
CS Huesca Rural	Suzuki Swift	3187 HFB	2011	10.676,70
CS Jaca	Opel Corsa	9772 GYS	2010	11.150,00
CS Perpetuo Socorro	Peugeot 106	3186 BBP	2000	7.201,13
CS Pirineos	Piaggio Vespa S 125	5323 FXG	2007	3.156,00
CS Sabiñánigo	Opel Corsa	9840 GYS	2010	11.150,00
CS Santo Grial	Peugeot 106	9834 BGR	2001	6.490,00
CS Sariñena	Opel Corsa	5618 GGP	2008	10.993,90
Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Citroen Berlingo	HU-1654-P	1999	7.030,00
Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Toyota Yaris	5151 CDV	2003	11.990,00
Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Opel Corsa	6798 FFY	2006	11.245,00
Hospital Sagrado Corazón de Jesús (programa cáncer de mama)	Lecitrailer Ltp-1E 8N	R-6387 BBM	2003	139.370,00
Hospital San Jorge	Mercedes Benz 639 D	6899 FLR	2007	19.952,00
PAC Canfranc	Suzuki Jimny Hard Top 1.3	6818 DLV	2005	11.995,00
PAC Escarrilla	Suzuki Jimny	9471 CYZ	2004	10.527,89
Sector Teruel				
Atención primaria	Ford Focus	7202 GHZ	2008	16.447,00
Atención primaria almacén	Citroen Jumper FG	Z-3966-BG	1998	17.270,64
Atención primaria dirección	Peugeot 308 5P Sport	3749 GDS	2008	20.850,00
Atención primaria Sector Teruel celador	Renault Express 1.1	TE-0827-F	1991	5.033,69
CRP San Juan de Dios	Fiat Uno Diesel 5P	Z-2235-AN	1991	8.995,07
CS Albarracín	Opel Corsa	7639 GNR	2009	10.908,93
CS Alfambra	Peugeot206	3610 CDN	2003	9.770,25
CS Aliaga	Peugeot106 Max 1.1 3P	Z-2292-BJ	1998	6.712,40

Destino	Marca y modelo	Matrícula	Año	Importe adq.
CS Báguena	Peugeot206 3P	9842 BNH	2001	8.414,17
CS Bujaraloz	Peugeot 106 Max 1.1 3P	Z-2296-BJ	1998	6.712,40
CS Calamocha	Opel Corsa	7037 GDR	2008	12.093,00
CS Cedrillas	Fiat Panda	5186 DRB	2005	10.300,00
CS Cella	Peugeot206	3712 CDN	2003	9.770,25
CS ESAD (Hospital San José)	Opel Corsa	7626 GNR	2009	10.908,93
CS Monreal del Campo	Fiat Punto	5302 DRB	2005	12.875,00
CS Mora de Rubielos	Opel Corsa	7630 GNR	2009	10.908,93
CS Mosqueruela	Suzuki Vitara	8397 BDK	2000	14.424,29
CS Santa Eulalia	Peugeot206	7048 CXP	2004	10.595,39
CS Sarrión	Peugeot106	1451 BBL	2000	7.201,13
CS Teruel Ensanche	Peugeot106	3185 BBP	2000	7.201,13
CS Teruel Ensanche	Peugeot406 SR 1.8 112 CV	9975 BFP	2001	12.854,93
CS Teruel Ensanche	Opel Corsa	1198 FRL	2007	11.436,43
CS Teruel Rural	Opel Corsa	7045 GDR	2008	12.093,00
CS Teruel Urbano	Renault Express 1.1	TE-8400-E	1990	5.033,69
CS Utrillas	Suzuki Vitara	9183 BPT	2001	14.424,29
CS Villel	Peugeot206 3P	9843 BNH	2001	8.414,17
Hospital Obispo Polanco	Citroen C-15 D	TE-8205-D	1987	7.301,00
Hospital Obispo Polanco	Peugeot J 5	TE-4294-F	1991	9.344,00
Hospital Obispo Polanco	Opel Astra	3247 FYL	2007	17.736,00
Hospital San José	Peugeot206	7310 CCT	2002	10.308,81
Hospital San José (programa cáncer de mama)	Remolque	Z-006977-R	1998	128.616,59
Hospital San José y CRP San Juan de Dios Servicios comunes	Renault Transfer	TE-3533-E	1989	
Hospital San José y CRP San Juan de Dios Servicios comunes	Opel Corsa Combo	TE-2066-H	1997	CEDIDODPT
PAC Orihuela del Tremedal	Opel Vectra 4P	8506 BPP	2001	20.434,41
Sector Teruel	Citroen AX 1.5 D	Z-1638-AX	1994	7.212,15
Sector Teruel	Peugeot106 Max 1.1 3P	Z-2295-BJ	1998	6.712,40
Sector Teruel	Peugeot Expert	7458 BDX	2001	12.020,24
Sector Zaragoza I				
Atención primaria	Opel Corsa	3324 GYV	2010	
CS Actur Norte	Opel Corsa	9432 HDP	2011	12.416,44
CS Alfajarín	Peugeot106 Max 1.1 3P	Z-9996-BN	1999	6.223,48
CS Alfajarín	Opel Corsa	5897 FZN	2008	12.033,82
CS Bujaraloz	Opel Corsa	5596 FPW	2007	12.760,00
CS Luna	Peugeot206 xLINE 1.4 H	8791 DCC	2004	11.100,00
CS Villamayor	Peugeot206	7035 CCG	2002	9.130,00
CS Zuera	Peugeot106	3187 BBP	2000	7.201,13
CS Zuera	Opel Corsa	5885 FZN	2008	12.033,82
Hospital Nuestra Señora de Gracia	Peugeot106 (S2) 5P MAX1	Z-7680-BM	1999	6.223,48
Hospital Nuestra Señora de Gracia Programa Cáncer de Mama	Peugeot206 3P	7247 BRK	2001	8.414,17
Hospital Nuestra Señora de Gracia	Peugeot Expert	5882 CBR	2002	17.554,19
Hospital Nuestra Señora de Gracia (programa cáncer de mama)	Montenegro semirremolque	R-5349 BBH	2001	155.662,14
Hospital Royo Villanova	Nissan Vanette	2063 BMF	2001	16.209,30
Sector Zaragoza II				
Atención primaria	Seat Ibiza 1.9 D 5P	Z-0288-BM	1999	8.981,44
Atención primaria	Seat Ibiza 1900 SDI	4268 BFF	2001	9.508,99
Atención primaria	Mercedes 211 CDI KA 4x2	1812 CHG	2003	24.266,63
Atención primaria	Fiat Doblo 1.9 JTD	4279 DCL	2004	13.494,00
Atención primaria	Ford Transit Connect	4306 GJJ	2008	15.602,37

Destino	Marca y modelo	Matrícula	Año	Importe adq.
Atención primaria Informática	Peugeot206	6844 CCG	2002	9.610,00
Atención primaria mantenimiento	Citroen C3	6396 DHT	2004	9.896,82
CS Azuara	Seat Ibiza 1.9 TDI 5P	Z-6401-BJ	1998	8.832,80
CS Belchite	Peugeot 206	7057 CCG	2002	10.308,81
CS Sástago	Peugeot 206 3P	0095 BNJ	2001	8.414,17
Hospital Universitario Miguel Servet	Nissan furgoneta L-35 4R	Z-9486-AP	1992	6.611,13
Hospital Universitario Miguel Servet	Iveco furgoneta 35-8,1	Z-6972-AW	1994	16.512,81
Hospital Universitario Miguel Servet	Peugeot Boxer	4121 CPK	2003	30.280,00
Hospital Universitario Miguel Servet	Nissan Micra	2380 DWM	2006	10.000,00
Hospital Universitario Miguel Servet	Nissan Micra	2396 DWM	2006	10.000,00
Hospital Universitario Miguel Servet	Iveco 35C12 3750	1987 FFF	2006	35.000,00
Hospital Universitario Miguel Servet	Opel Corsa	2023 FPM	2007	11.870,00
Hospital Universitario Miguel Servet	Ford Transit 350	5564 GXD	2010	21.081,86
Sector Zaragoza III				
Atención primaria	Peugeot 106	1452 BBL	2000	7.201,13
Atención primaria	Peugeot Partner 1.9	0483 CGD	2003	13.000,00
Atención primaria	Opel Corsa	3458 GMS	2009	10.840,77
Atención primaria informática	Suzuki FF/B21S	6273 FFM	2006	5.000,00
Atención primaria mantenimiento	106 Max 1.1 3P	Z-9995-BN	2000	6.223,48
CRP Ntra. Sra. del Pilar	Agria Tractor	Z-68886-VE	1992	
CRP Ntra. Sra. del Pilar	Nissan Almera	Z-2449-BL	1999	12.008,22
CRP Ntra. Sra. del Pilar	Nissan Vanette Combi-8	6413 BJT	2001	16.209,30
CRP Ntra. Sra. del Pilar CODEF	Ford Transit 2.5 D	Z-6875-BH	1998	18.030,36
CRP Ntra. Sra. del Pilar quinto pabellón	Nissan Vanette	Z-1841-AT	1992	13.304,26
CS Alagón	Opel Corsa	0753 FXP	2007	11.870,00
CS Borja	Peugeot 106	8343 BDK	2000	7.201,13
CS Cariñena	Opel Corsa	7566 GGS	2008	11.874,06
CS Casetas	Daewo Matiz 800 S A/A	3308 CZN	2004	7.195,22
CS Ejea de los Caballeros	Opel Corsa	9326 GYV	2010	11.250,00
CS Épila	Opel Corsa	3451 GMS	2009	10.840,77
CS Gallur	Suzuki FF/B21S	0818 FFH	2006	8.000,00
CS Herrera de los Navarros	Opel Corsa	9328 GYV	2010	11.250,00
CS La Almunia de Doña Godina	Suzuki FF/B21S	8733 FFK	2006	8.000,00
CS María de Huerva	Peugeot 106	0554 CGD	2003	8.500,00
CS Sádaba	Chevrolet Kalos	2271 DRF	2005	8.500,00
CS Sos del Rey Católico	Peugeot 106	0609 CGD	2003	8.500,00
CS Tauste	Suzuki FF/B21S	0822 FFH	2006	8.000,00
CS Utebo	Daewo Matiz 800 S A/A	3319 CZN	2004	6.809,56
E.S.A.D.	Peugeot 106	3477 BJP	2001	9.148,10
EAP Tarazona	Peugeot 106	3191 BBP	2000	7.201,13
ESAD	Suzuki FF/B21S	8725 FFK	2006	8.000,00
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Renault Express 1400	Z-5330-AD	1988	5.333,24
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Citroen C-15 D	Z-3486-AH	1989	6.108,56
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Volkswagen furgón largo	6226 FJF	2007	21.655,00
061 Aragón				
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	Z-1096-BK	1998	8.981,44
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	Z-0290-BM	1999	8.981,44
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	8868 BFH	2001	10.530,72
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	8869 BFH	2001	9.508,99
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	8870 BFH	2001	9.508,99
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	3287 BNM	2001	9.644,04
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	2664 BWF	2002	9.644,00
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	2669 BWF	2002	9.644,00
Gerencia 061 Aragón	Peugeot Expert	3011 CCR	2002	15.300,00

Destino	Marca y modelo	Matrícula	Año	Importe adq.
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	5330 CFC	2003	12.035,36
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	5332 CFC	2003	12.035,36
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	1962 CPS	2004	12.035,36
Gerencia 061 Aragón	Seat	1968 CPS	2004	12.035,36
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	9278 DDJ	2004	12.885,24
Gerencia 061 Aragón	Seat Ibiza	9293 DDJ	2004	12.885,24
Gerencia 061 Aragón	Seat	2935 DNT	2005	8.100,00
Gerencia 061 Aragón	Seat	2946 DNT	2005	8.100,00
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	2617 FJH	2006	28.023,00
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	2631 FJH	2006	28.023,00
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	6124 FXN	2007	12.493,33
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	6137 FXN	2007	12.493,33
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	6157 FXN	2007	12.493,34
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	1537 GJV	2008	14.150,00
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	5069 GMN	2009	14.186,98
Gerencia 061 Aragón	Opel Corsa	0516 GSG	2009	13.408,42
Vehículos cedidos a otras instituciones				
Ayuntamiento Albalate de Cinca	Opel Midi	Z-5932-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Ariza	Susuki Samurai SJ413JHT	Z-4013-AF	1989	8.577,27
Ayuntamiento Ateca	Fiat Uno Diesel 5P	Z-6347-AL	1991	8.624,94
Ayuntamiento Binaced	Opel Midi	Z-5930-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Borja (asoc. vecinos Borsao)	Opel Midi	Z-5918-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Campo	Opel Midi	Z-4028-AT	1993	17.116,82
Ayuntamiento Graus	Susuki Samurai SJ413JHT	HU-6405-I	1990	9.486,87
Ayuntamiento Herrera de los Navarros	Opel Midi	Z-5923-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Jaraba	Opel Midi	Z-5929-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento La Muela	Opel Midi	Z-5927-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Luna	Opel Midi	Z-5928-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Nogueruelas	Opel Midi	Z-5926-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Nonaspe	Opel Midi	Z-5925-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Sádaba	Opel Midi	Z-5924-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Utrillas	Opel Midi	Z-5921-AT	1993	16.101,40
Ayuntamiento Vera de Moncayo	Opel Midi	Z-5920-AT	1993	16.101,40
Cruz Roja Esp. Asamb. Autonom. Zaragoza	Opel Corsa 4P 5W 1.2i	Z-3153-AU	1993	6.271,68
Fundación 2000	Lada Niva	HU-6824-L	1995	Cesión serv. prov.
Fundación Agustín Serrate	Citroen C-25	HU-8427-J	1991	Cesión DPH
Integración Laboral Arcadia	Peugeot106	8342 BDK	2000	7.201,13
Nieve de Teruel SA (Valdelinares)	Opel Midi	Z-5919-AT	1993	16.101,40
Proyecto Hombre	Opel Corsa	Z-3233-AT	1992	6.131,29
Univ. Zaragoza Hospital Clínico Veterinario	Nissan L80 095	Z-5512-AY	1995	70.414,58

12.6 Valoración.

Puntos fuertes.

- Amplio parque de edificios en perfecto estado de uso a lo largo y ancho del ámbito de actuación del Salud.
- Versatilidad: Las infraestructuras soportan correctamente la incorporación de nuevos usos y sobre todo de nuevas tecnologías.
- Satisfacción mayoritaria de los ciudadanos y los profesionales con el marco físico para recibir la asistencia.
- La organización está interiorizando como propio el valor del ahorro de energía y se está comprometiendo en objetivos ambiciosos.

Puntos débiles.

- Excesiva variabilidad en las cuantías económicas anuales destinadas al capítulo de inversiones, lo que dificulta la planificación a medio plazo de las actuaciones.
- Planes funcionales de nuevos centros realizados al margen del organismo que va a ser el usuario final, que es el SALUD.
- Cuando se planifica la construcción de una nueva infraestructura sanitaria, sólo se hace hincapié en conocer el coste de la misma, desconociendo la organización el incremento de coste que va a suponer en el gasto corriente, las nuevas contrataciones de personal que dicha puesta en funcionamiento precisa.
- No se dispone de una planificación a largo plazo que acompañe desarrollos urbanísticos en proceso (por ejemplo: Arcosur) con el proceso de implantación de equipamientos sanitarios.
- Dificultad para limitar cambios en el programa funcional de las obras una vez contratadas, a pesar de las dificultades de gestión que eso genera.
- Disponer de edificios de hospitalización con pacientes ingresados, cuyas fuentes de energía para calefacción y agua caliente están sujetas a sistemas de transporte discontinuos, es una situación poco deseable por la posibilidad de interrupciones en el mismo.
- Una apuesta limitada en actuaciones de renovación de instalaciones con bajo rendimiento energético o con problemas legales en su funcionamiento (gas R-22), debido a las limitadas disponibilidades presupuestarias para sustituciones.

- Servicios de ingeniería y mantenimiento de los sectores buenos, pero no suficientemente coordinados.
- Limitada oferta formativa del Salud a los trabajadores del mantenimiento y la ingeniería, que genera una actualización de conocimientos insuficiente.

Conclusión

La situación estructural de gran parte de los edificios con ingreso hospitalario de la red pública del SALUD es moderadamente satisfactoria.

La futura construcción de los nuevos hospitales de Teruel y Alcañiz y el nuevo centro de salud de La Almozara mantiene la línea seguida hasta la fecha de actuar en complejos con problemas de obsolescencia funcional y técnica.

Quedarán una serie de edificios con serios problemas, que habrá que acometer a medio plazo y que coinciden en esencia con los de mayor antigüedad, que serían: Hospital Materno-Infantil, Hospital Ernest Lluch, 2ª fase del Hospital Ntra. Sra. De Gracia, pabellones CRP El Pilar y Residencia General del Hospital Miguel Servet.

Por otra parte debería establecerse un calendario de actuaciones a corto y medio plazo sobre las instalaciones debido a su deterioro, obsolescencia y consumo energético y con el objetivo de ofrecer el confort necesario al menor coste posible.

12.7 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
12.1	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			
12.2	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			
12.3	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			
12.4	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		
12.5	Identificar y evaluar las tecnologías nuevas, alternativas y emergentes, estandarizando el procedimiento de introducción de nuevas tecnologías.	X			X
12.6	Gestionar la cartera tecnológica, incluyendo la identificación y sustitución de tecnología obsoleta, continuando con el plan de equipamiento tecnológico.	X	X		

13 Tecnologías de información.

El Centro de Gestión de Proyectos Corporativos (CGIPC) es, desde su creación en 2008, responsable de las tecnologías de información y de comunicación (TIC) y, por tanto, de la implantación y mantenimiento de todos los sistemas de información y telemedicina del SALUD.

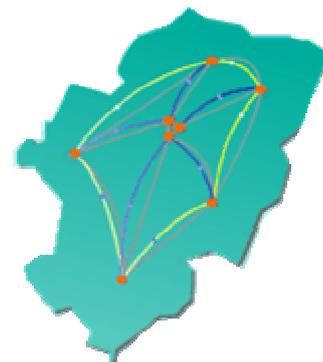
Cuenta con un servicio único y multilocalizado en todos los sectores sanitarios garantizado la estandarización y la calidad de servicio a toda la comunidad a la vez que se mantiene el contacto con los usuarios finales de TIC en sanidad. Para ello dispone de personal en cada uno de los sectores sanitarios, que a su vez están en contacto entre sí y con los servicios centrales para garantizar la integridad y estandarización de las actuaciones, servicios e información.

13.1 Infraestructuras y hardware.

Centros de procesamiento de datos (CPD).

El SALUD dispone de 10 nodos sectoriales (uno por sector sanitario más el correspondiente al 061), situados en los hospitales de referencias de cada uno de los sectores sanitarios más la Gerencia del 061 y la Dirección Gerencia.

A esto hay que añadir, con estructura lógica de estrella, el nodo central en el Centro Tecnológico del SALUD (CETEC), situado en el parque tecnológico de Walqa (Huesca). El nodo central, posee además un centro de respaldo, situado en dependencias del Gobierno de Aragón en Teruel, como contingencia ante una avería masiva en nodo central.



En cada uno de los sectores sanitarios se encuentran los servidores que alojan las aplicaciones y bases de datos de las aplicaciones departamentales y corporativas de sus sectores. Cada CPD propio de los sectores centraliza la información clínica de los pacientes de su sector. Parte de la información almacenada se replica al CPD central, de esta manera la información está accesible para todos los sectores.

En el CETEC se alojan además los servidores que alojan las aplicaciones centrales que dan servicio exclusivo a algunas aplicaciones (BDU, teleformación, libre elección de especialista, etc.) y donde se consolidan algunas aplicaciones centrales (traza de OMI-AP, imagen digital).

CPD - Servidores	
Nodos	10
Centros de Procesamiento de Datos (CPD)	12
Capacidad de almacenamiento (TB)	137
Número de servidores	468

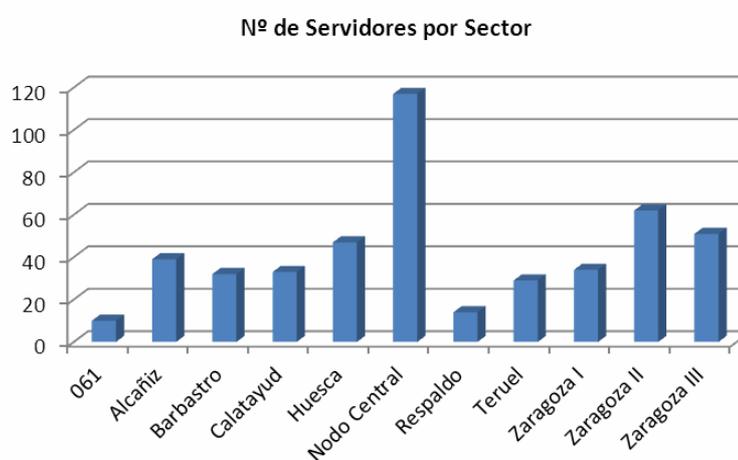
Debe destacarse la gran dispersión y gran cantidad de consultorios que existen en los centros rurales, lo que hace que adquieran especial importancia las comunicaciones y la innovación en servicios de telemedicina.

Usuarios de puestos informáticos por sector sanitario

Sector	Atención primaria	Atención especializada
Alcañiz	207	466
Barbastro	293	617
Calatayud	183	445
Huesca	335	995
Teruel	279	732
Zaragoza I	375	1.476
Zaragoza II	869	5.119
Zaragoza III	704	3.158
Total	3.245	13.008

Servidores.

Sector	Servidores
061	10
Alcañiz	39
Barbastro	32
Calatayud	33
Huesca	47
Nodo Central	117
Respaldo	14
Teruel	29
Zaragoza I	34
Zaragoza II	62
Zaragoza III	51
Total	468

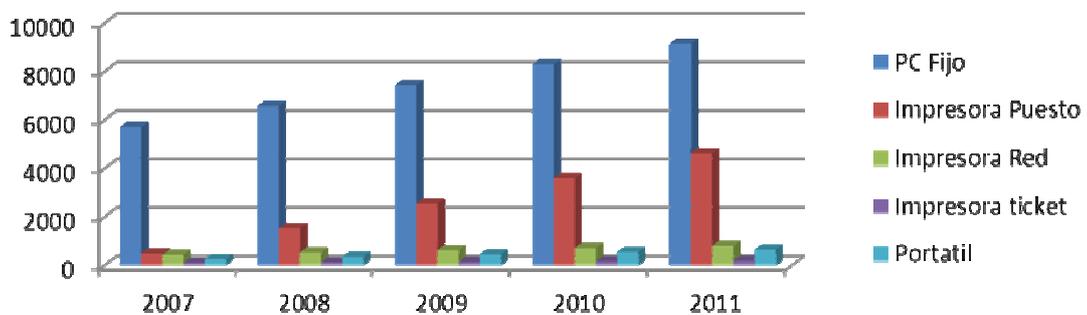


Como es normal, en el nodo central es donde hay un mayor número de servidores, ya que es donde se centralizan y consolidan gran parte de las aplicaciones.

Microinformática.

En los últimos años se ha realizado un importante esfuerzo en la adquisición de estaciones de trabajo para la utilización de nuevas aplicaciones. La mejora en la informatización ha tenido especial relevancia en atención primaria, donde se ha incrementado en un 50% la dotación informática.

Sector	Ordenadores sobremesa	Ordenadores portátiles	Ordenadores tablet	Impresoras puesto	Impresoras red	Impresoras ticket
061	80	5		30	7	
Alcañiz	477	87		494	72	11
Barbastro	588	115		231	93	19
Calatayud	380	90		318	34	6
Huesca	815	118	40	593	149	23
Teruel	725	135	2	667	40	30
Zaragoza I	978	35		493	103	32
Zaragoza II	2.783	40		1.200	110	25
Zaragoza III	2.059	17	17	567	155	40
CETEC	40			6	2	
Serv. centrales	230	5		25	40	
Total	9.155	647	59	4.624	805	186



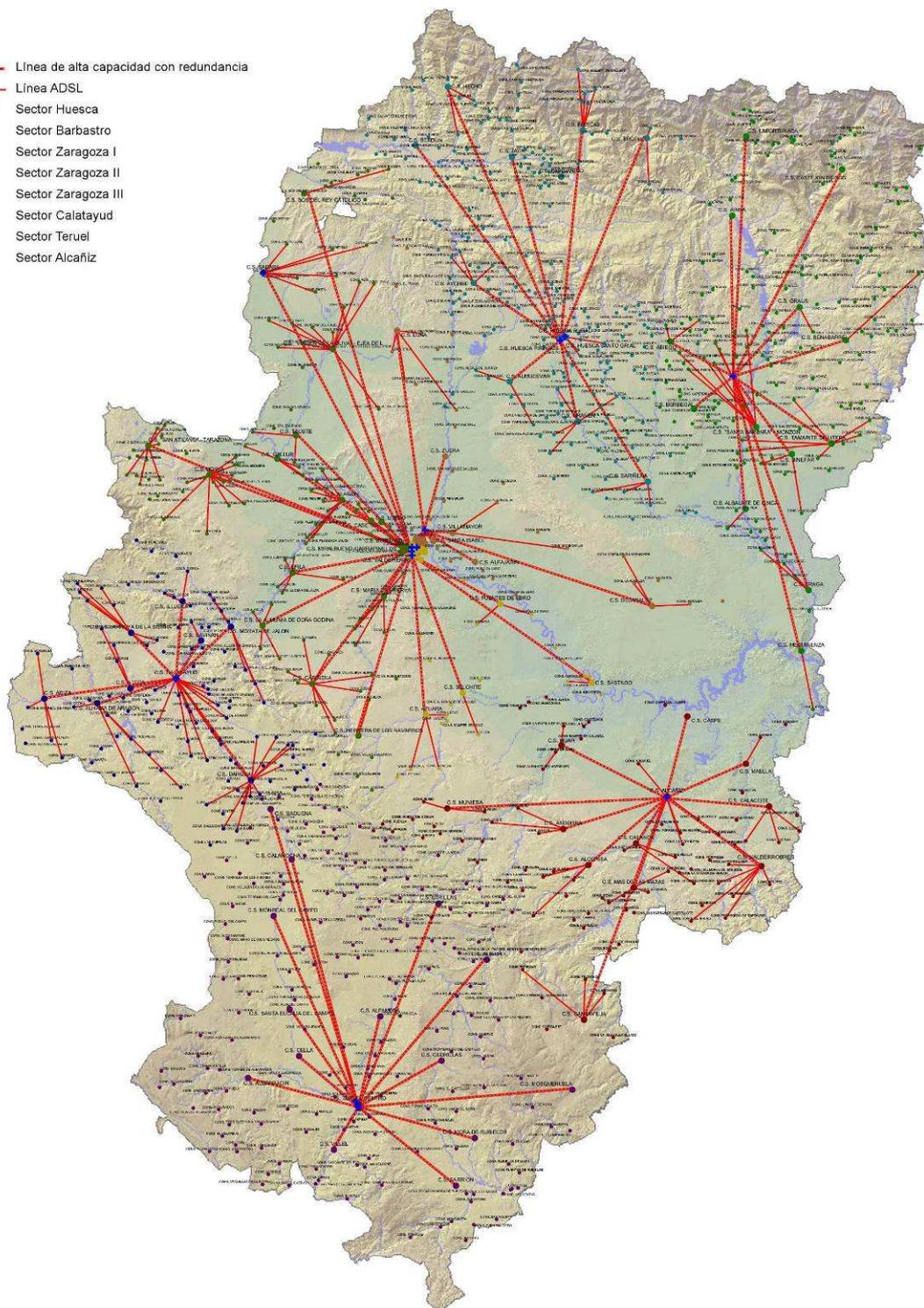
Comunicaciones.

Se han consolidado las comunicaciones entre los distintos centros sanitarios para adaptarse a la realidad de las actuales necesidades de intercambio de información.

Comunicaciones	
Comunicaciones entre nodos	Fibra
Velocidad interna en los hospitales	1Gb – 100 Mb
Centros de Salud con ADSL	124
Consultorios con ADSL	718

Mapa de comunicaciones entre centros sanitarios

- Línea de alta capacidad con redundancia
- Línea ADSL
- Sector Huesca
- Sector Barbastro
- Sector Zaragoza I
- Sector Zaragoza II
- Sector Zaragoza III
- Sector Calatayud
- Sector Teruel
- Sector Alcañiz



13.2 Proyectos.

Proyectos orientados al ciudadano.

A continuación se describen los proyectos que tienen al ciudadano como un interlocutor fundamental tanto directa —el ciudadano maneja directamente la aplicación o servicio— como indirectamente —el ciudadano no maneja directamente la aplicación pero en ocasiones es interlocutor directo, como por ejemplo en una citación con el médico—.

Aplicaciones

Aplicaciones corporativas en fase operativa o de desarrollo:

- **Base Datos de Usuario - Tarjeta Sanitaria (BDU).** Sistema informático capaz de identificar a los usuarios de todo tipo, tanto geográficamente como en lo relativo a su aseguramiento sanitario, que estén cubiertos por el sistema público de salud o que hayan tenido contacto con algún dispositivo asistencial de la red sanitaria pública aragonesa, permitiendo además la identificación del dispositivo o dispositivos asistenciales con los que ha tenido contacto.
- **Receta electrónica.** Gestiona telemáticamente la prescripción, dispensación, financiación y normativa a aplicar. Incorpora también un sistema de seguimiento del cumplimiento que el usuario hace del tratamiento. El sistema servirá tanto para que el médico pueda prescribir como para que el ciudadano pueda recoger la receta en la farmacia sin necesidad de receta física.

Actualmente está en fase de desarrollo, con dos pilotos activos. En 2009 se implantó en Teruel capital una primera versión de la aplicación. Su revisión se tradujo en el diseño de un aplicativo distinto por el nivel de especificaciones que, en 2011, ha comenzado a implantarse en Ayerbe (en la fase inicial de prescripción) y en Cariñena (donde además de la prescripción y han comenzado con éxito las primeras dispensaciones).

- **Visado electrónico.** Aplicación para la gestión del visado electrónico de recetas, evitando de esta manera que los ciudadanos tengan que acudir a los servicios provinciales y permitiendo que las farmacias puedan administrar los fármacos que necesitan ser visados sin necesidad de viajes por parte del usuario.

Visados	2010
Huesca	144.366
Teruel	106.050
Zaragoza	585.238

- **Libre elección de especialista.** Aplicación para extender el derecho de elección a todos los pacientes y mejorar la oferta de consultas de atención especializada, proporcionando a los médicos de familia información que les permita orientar a sus pacientes en la elección del especialista. Compensará situaciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos entre

sectores, al poder elegir los ciudadanos aquella oferta más cercana y con menor demora, ordenación de prestaciones y ayuda.

- **HIS – Módulo de admisión.** Esta aplicación informática mantiene actualizada y explota la información de la actividad desarrollada por los centros y unidades de provisión del Sistema de Salud de Aragón.

Servicios

- **Salud Informa.** Dotación de los recursos tecnológicos, humanos y de gestión, ubicados en el CETEC, para ofrecer a los usuarios del Sistema Aragonés de Salud un centro de atención al ciudadano. Ya se encuentra disponible el servicio de citación con los profesionales sanitarios de atención primaria por internet y a través de un teléfono único (902 555 321).

Se está desarrollando un sistema de Información multicanal de temas de salud para el ciudadano y de Información y gestión no presencial de trámites administrativos del usuario.

Salud Informa	2010
Citas totales	703.997
Citas por internet	283.046
% Citas por internet	40,2%

- **Telemedicina.**
 - **Teleconsejo y teleconsulta virtual:** realizar consultas virtuales a pacientes e interconsultas entre profesionales mediante la herramienta de video-colaboración. Operativa en Huesca, Zaragoza II y Zaragoza III.
 - **Tele-retinografía:** almacenamiento de la imágenes procedentes del screening de retinopatía diabética en el PACS corporativo y acceso mediante el visor del propio PACS en la intranet, formando parte de la historia electrónica del paciente.
 - **Tele-dermatología:** interconsultas asíncronas entre atención primaria y dermatología. Obtención de datos e imágenes médicas en primaria. Orientación diagnóstica y terapéutica por parte del dermatólogo. Operativa en Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Teruel y Zaragoza I.
 - **Tele-electrocardiografía:** integra los electrocardiogramas en la historia clínica electrónica del paciente. Facilita el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con patología cardíaca aguda en atención primaria ya que permite consultar en tiempo real al especialista. Operativa en Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Teruel y Zaragoza I.
 - **Tele-ictus.** Pretende disminuir la mortalidad y las secuelas de los enfermos de ictus. En la actualidad nos encontramos a la cola de España en mortalidad y se podrían beneficiar más de 300 pacientes al año. Operativa en Barbastro, Calatayud, Huesca, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Proyectos orientados a profesionales sanitarios.

A continuación se describen los principales proyectos orientados a mejorar la calidad asistencial por parte de los profesionales sanitarios.

Aplicaciones

- **Cartera de servicios.** Proceso de normalización de servicios y recursos del Sistema de Salud de Aragón.
- **Historia clínica digital de atención primaria (OMI-AP).** Está implantada en todos los centros y en casi 600 consultorios.
- **Cribado neonatal.** Aplicación de gestión del programa de cribado neonatal para realizar peticiones online y gestionar todo el circuito asociado desde cualquier hospital al laboratorio del Hospital Universitario Miguel Servet.
- **Registro hospitalario de tumores.** Aplicación para la gestión de las comisiones de tumores de los hospitales.
- **Farmacia hospitalaria (FarmaTools).** Proporciona herramientas que permiten al usuario gestionar las cinco principales áreas que aparecen en el ámbito de un servicio de farmacia hospitalaria: gestión económica (suministros y contabilidad) y dispensación a pacientes hospitalizados (unidosis), pacientes externos, pacientes ambulatorios y oncológicos.
- **Sistema de información de cuidados de enfermería (Gacela care).** Diseñado con el objetivo de facilitar la informatización de la historia clínica del paciente y hacer útil y rentable la praxis diaria. Se pretende garantizar la continuidad en el proceso asistencial, evitar la producción de errores y repeticiones innecesarias. Actualmente operativa en:
 - 29 unidades de enfermería del Hospital Clínico Universitario
 - 7 unidades del Miguel Servet (Hospital Materno-Infantil)
 - 4 unidades del Hospital San Jorge de Huesca
- **Sistema de información unificado de los servicios de urgencias hospitalarias (PCH Urgencias).** Integra el circuito asistencial (incluido triaje), los procedimientos administrativos, la historia clínica y los procedimientos de diagnóstico. Operativo en todos los sectores excepto en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- **Data warehouse y business intelligence.** Permite disponer de un cuadro de mando y de los informes y herramientas analíticas para los distintos niveles de gestión. Operativo en todo Aragón, aunque pendiente desarrollar más indicadores.
- **Gestor de pacientes.** Sistema de información para la gestión de pacientes (gestor integrado de informes y peticiones). El enfoque de la aplicación está orientado a ayudar a hacer realidad los principios de la gestión clínica y a proporcionar un contexto integrado de coordinación de todos los agentes sanitarios que intervienen en ella. En desarrollo.

- **Intranets clínicas hospitalarias.** Todos los hospitales tienen una intranet corporativa para uso de los profesionales sanitario, de índole sectorial, y que están integradas con OMI-AP.
- **Petición electrónica de pruebas de laboratorios.** El objetivo del proyecto es desarrollar un una aplicación que actúe como gestor de peticiones, interrelacionando por un lado las diferentes aplicaciones que hacen solicitudes al laboratorio y, por el otro, los diferentes sistemas que éste maneja. Permite realizar cualquier petición de cualquier paciente a cualquier laboratorio por cualquier profesional. Actualmente operativa en el Hospital Universitario Miguel Servet.
- **Digitalización de la imagen radiológica.** Implantación y puesta en servicio de un sistema de almacenamiento y gestión de imágenes radiológicas (PACS) y de su sistema de información (RIS) para los centros asistenciales de atención especializada. Permite compartir imágenes entre todos los profesionales sanitarios. Operativa en los sectores Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Teruel, Zaragoza II y Zaragoza III.

	2009	2010
Imágenes almacenadas	5.902.234	9.489.539
Estudios realizados	223.413	345.042
Centros sin placa física	1	3
Almacenamiento (TB)	4,3	8,1

- **Sistema de información para anatomía patológica (Pat-win).** Permite realizar una gestión integrada: registrar las muestras que llegan al servicio, especificar las diferentes técnicas, realizar descripciones macroscópicas y microscópicas, hacer observaciones, asignar resultados diagnósticos, gestionar las salidas y controlar los costes.
- **Sistema de gestión de las UCI.** De carácter departamental y actualmente operativo en Hospital Miguel Servet, Clínico y Barbastro.
- **Registro de voluntades anticipadas.** Sistema para el registro por los pacientes así como su consulta por los profesionales clínicos acreditados en las unidades de pacientes críticos.
- **Transporte sanitario no urgente.** Desarrollo de un nuevo sistema de petición y control del servicio de transporte no urgente que permitirá un control exhaustivo de la demanda y de la prestación del servicio por parte de las empresas colaboradoras. Actualmente en fase de pilotaje en el Hospital Universitario Miguel Servet.
- **Contratos y conciertos.** Sistema de gestión de contratos, conciertos y convenios con otras instituciones, y de gestión de las derivaciones de pacientes a centros privados (aplicación de servicios provinciales).
- **Sistema de gestión hospitalaria (HIS).** Aplicación que mantiene actualizada y explota la información de la actividad desarrollada por los centros y unidades de provisión del Sistema de Salud de Aragón. Gestiona la actividad hospitalaria, desde el punto de vista administrativo, e incluye los módulos de archivo de historias clínicas, admisión de hospitalización, admisión de urgencias, lista de espera, gestión de citas y consultas externas.

- **Herramienta de integración de aplicaciones (Rhapsody).** Permite interconectar e integrar la información gestionada por los distintos sistemas de información del SALUD de forma que posibilite la obtención de información válida mediante la no reiteración de datos ni procesos.
- **Portal de conocimiento.** Se ha realizado un portal del conocimiento de los profesionales de informática para que puedan compartir conocimientos y experiencias.
- **Piloto de herramienta colaborativa.** Se está desarrollando en el Hospital Royo Villanova un piloto de uso de una herramienta colaborativa entre profesionales. El planteamiento es similar a una “red social” donde se plantean casos con facilidad (la herramienta genera automáticamente el entorno de trabajo) y colectivamente se resuelven. Aplicación inmediata a médicos en formación, comisiones clínicas interdisciplinarias y comisiones clínicas compartidas entre distintos hospitales.
- **Herramientas de inventariado.** Herramienta para realizar una correcta gestión del equipamiento de microinformática y de los sistemas de los diversos centros. Se pretende integrar con otra **herramienta de gestión de solicitudes e incidencias** (en fase de piloto en el sector de Huesca) para poder detectar y gestionar los problemas de los diversos equipos, especialmente aquellos que sean recurrentes. Actualmente da cobertura a los servicios centrales de SALUD.
- **Herramienta de teleformación.**
- **Herramienta para la realización de cursos on-line.**
- Otras aplicaciones departamentales:
 - Endoscopia.
 - Dietética y nutrición.
 - Paritorios.
 - Banco de Sangre.
 - Diálisis.
 - Incapacidad temporal.
 - Almacén.
 - Sintrom.
 - Prisca (Prenatal Risk Calculation).
 - Microbiología.
 - Hematología.

Servicios

- **Centro de atención al usuario (CAU).** Explotación y gestión de una central de soporte y atención a los profesionales sanitarios en materia de sistemas y TIC para centros sanitarios y administrativos en el ámbito del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Situado en el CETEC.

Incidencias resueltas	2010
061	
Alcañiz	7.016
Barbastro	9.006
Calatayud	5.982
Huesca	11.247
Teruel	6.781
Zaragoza I	12.293
Zaragoza II	27.936
Zaragoza III	21.137
Casar	101
Total	101.499

- **Centro de gestión y soporte a los sistemas (CGSS).** Establecido en el CETEC, asume la explotación, gestión y administración del CPD central y da soporte de nivel especializado a los servicios de informática de los sectores, supervisando la buena gestión-administración de sus CPD.

Proyectos del Gobierno de Aragón.

- **Sistema integrado de gestión de recursos humanos (SIRHGA).** Es una solución global y única para todos los empleados públicos del Gobierno de Aragón considerando las peculiaridades de cada colectivo. La aplicación ha sido desarrollada sobre SAP. En este proyecto se incluye otra aplicación para el control de tiempos denominado GPT (gestión y planificación de turnos). Implantado en todo el SALUD, siendo el sector Teruel el último en migrar en 11/2011.
- **Sistema de gestión económico-financiera (SERPA) y SERPA-SALUD.** Liderado por Intervención General, es la extensión del proyecto de modernización tecnológica SERPA (Solución ERP de Aragón en SAP) al SALUD, adaptando las funcionalidades requeridas con los módulos de contratación, compras, aprovisionamiento y logística de los centros sanitarios. Desde 2009 está implantado en toda la organización.

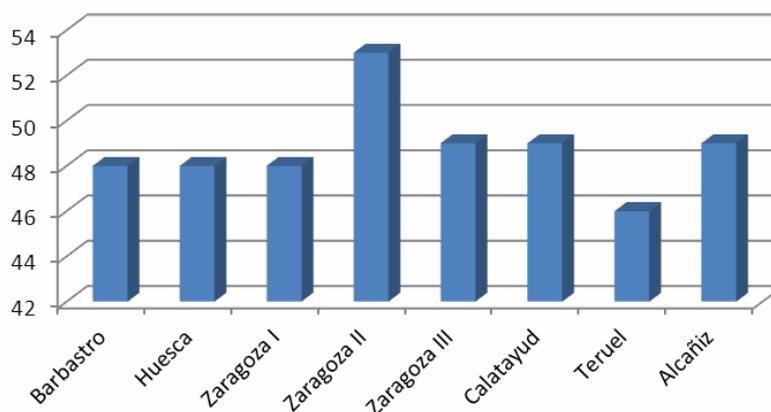
Resumen de aplicativos.

A continuación se resumen las principales aplicaciones gestionadas por los profesionales del servicio de informática y los sectores en los que se encuentran implantadas.

Aplicación	Tipo	Destinatario Principal	Barbastro	Huesca	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Calatayud	Teruel	Alcañiz
Base de Datos de Usuario	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piloto Receta Electrónica	Corporativo	Ciudadano	✗	!	✗	✗	!	✗	!	!
Visado Electrónico	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Libre Elección de Especialista	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
HIS- Admisión	Sectorial	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Centro de Atención al Ciudadano	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Teleconsulta	Corporativo	Ciudadano	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗
Teleretinografía	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Teledermatología	Corporativo	Ciudadano	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Teleelectrocardiografía	Corporativo	Ciudadano	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Telectus	Corporativo	Ciudadano	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗
Cartera Servicios V1	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OMI-AP	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cribado Neonatal	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Registro Hospitalario de Tumores	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Farmacia Hospitalatira	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gacela Care	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	!	✗	!	!	✗	✗	✗
PCH Urgencias	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	!	!	!	!	!	!	!
Data Warehouse y BI	Corporativo	SSCC	!	!	!	!	!	!	!	!
Gestor de Pacientes	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	✗	✗	✗	✗	✗	!	✗
Intranets	Sectorial	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Petición Electrónica Pruebas Lab	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
Digitalización Imagen Radiológica	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Anatomía Patológica	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
UCI	Sectorial	Profesionales Sanitarios	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗
Registro de Voluntades anticipadas	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Transporte Sanitario no Urgente	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	✗	✗	!	✗	✗	✗	✗
Contratos y conciertos	Corporativo	Servicios Provinciales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
HIS	Sectorial	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rhapsody	Corporativo	Profesionales Informática	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Herramientas de inventariado	Corporativo	SSCC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Portal de Conocimiento	Corporativo	Profesionales Informática	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pilot Herramienta Colaborativa	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	✗	!	✗	✗	✗	✗	✗
Gestión de Solicitudes e incidencias	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✗	!	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Herramienta de Teleformación	Corporativo	Profesionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CAU	Corporativo	Profesionales Sanitarios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SERPA	Gobierno	Profesionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SIRHGA	Gobierno	Profesionales	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Endoscopia	Departamental	Profesionales Sanitarios								
Dietética y Nutrición	Departamental	Profesionales Sanitarios								
Banco de Sangre.	Departamental	Profesionales Sanitarios								
Diálisis	Departamental	Profesionales Sanitarios								
Nómina (M3)	Departamental	Profesionales Sanitarios								
Incapacidad Temporal	Corporativo	Profesionales Sanitarios								
Sintrom	Departamental	Profesionales Sanitarios								✓
Prisca (Prenatal Risk Calculation)	Departamental	Profesionales Sanitarios			✓					
Microbiología	Departamental	Profesionales Sanitarios		✓	✓		✓			✓
Hematología	Departamental	Profesionales Sanitarios		✓	✓		✓			

La situación de la informatización de los diferentes sectores se encuentra bastante equilibrada.

Aplicaciones por sector sanitario



13.3 Recursos humanos y económicos.

Recursos humanos y formación.

El Centro de Gestión de Proyectos Corporativos (CGIPC) dispone de personal en cada uno de los sectores sanitarios, además del 061 Aragón y los servicios centrales, que a su vez están en contacto entre sí para garantizar la integridad y estandarización de las actuaciones, servicios e información.

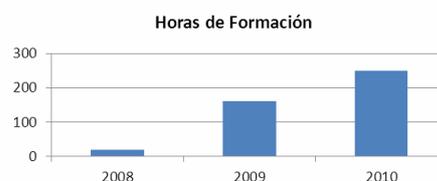
	Directivos	Técnicos
CGIPC (serv. centrales)	3	7
Gerencia 061 Aragón		1
Sector Alcañiz		3
Sector Barbastro		4
Sector Calatayud		5
Sector Huesca		9
Sector Teruel		3
Sector Zaragoza I		7
Sector Zaragoza II		14
Sector Zaragoza III		13
Serv. centrales		5
CETEC		1
Total	3	72

Además hay 53 técnicos externos (distribuidos entre sectores y CETEC). No se incluyen los de SaludInforma.

Además del personal técnico, el CGIPC cuenta con responsables funcionales de las principales aplicaciones corporativas para definir, junto con los usuarios finales y los técnicos, como deben ser las aplicaciones. Su labor y dedicación es especialmente importante durante la implantación de las aplicaciones.

El CGIPC tiene como objetivo conseguir incrementar el potencial en TIC del SALUD con el perfeccionamiento profesional y humano de sus profesionales de los servicios de informática, facilitando el aprendizaje de forma que la conducta resultante contribuya a la consecución de los objetivos y fines de la organización.

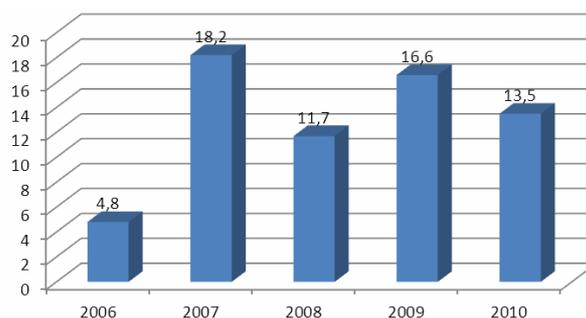
Se trata de dotar de conocimientos técnicos y funcionales para que puedan desarrollar mejor su actividad y mejorar su capacitación, pudiendo conseguir mejores niveles de servicio y un valor añadido superior.



Gestión económica.

El Plan de Sistemas 2006-2010 ha supuesto la inversión de 65 millones de euros en la modernización, mejora y mantenimiento de los sistemas de información del SALUD.

Dicho importe estaba distribuido entre el Departamento (Dirección General de Planificación y Aseguramiento) y el SALUD.



El presupuesto gestionado desde el SALUD a través del CGIPC desde su creación en 2008, ha sido el siguiente:

Concepto	2008	2009	2010	2011
Hardware	3.266.157	2.821.043	3.197.536	720.190
Comunicaciones (red RACI)	2.731.206	1.469.004	1.681.637	1.644.223
Aplicaciones	3.205.958	1.461.787	4.119.710	3.037.341
Servicios	1.789.883	1.461.787	4.243.799	4.002.497
Licencias	1.350.019	631.747	336.434	1.777.942
Total	12.343.223	7.845.368	13.579.116	11.182.193

En la actualidad la mayor parte del presupuesto está destinado al mantenimiento de infraestructuras y aplicaciones.

Adicional a estos gastos, se encuentra el pago de alquiler del edificio de CETEC, ubicado en Walqa, cuyo importe asciende a 111.315 €/año, y que se facturan a favor del Instituto Aragonés de Fomento.

13.4 Valoración.

Puntos fuertes.

- Desde la creación del CGIPC se ha mejorado la **coordinación** en materia de TIC entre los distintos servicios de informática, manteniendo la **homogeneización** necesaria para facilitar una historia clínica unificada.
- Todos los **centros de salud**, y alrededor del 80% de los consultorios rurales, están informatizados y disponen de OMI-AP.
- Mediante la **intranet clínica** está disponible un acceso al historial clínico del paciente a nivel de sector sanitario. Esto ha sido un desarrollo propio de los servicios de informática.
- Los avances en proyectos de **telemedicina** a nivel del SALUD y, específicamente, en el sector de Barbastro, son relevantes y reconocidos a nivel europeo.
- Se han incorporado herramientas de **tele-formación**, **gestor documental** y **video-colaboración** de utilidad para los profesionales.
- Servicio de **atención al usuario** (CAU), que atiende principalmente a los usuarios de atención primaria, con un alto grado de resolución: 87% en la primera llamada y en menos de 4 minutos.
- Servicio de **Salud Informa** para la cita previa y portal web, de favorable valoración ciudadana.
- Servicio del **Centro de Gestión y Soporte de Sistemas** (CGSS).
- En los últimos años se ha conseguido homogeneizar los principales **aplicativos sanitarios hospitalarios**:
 - Farmacia hospitalaria (FarmaTools): los hospitales Royo Villanova y Univ. Miguel Servet tenían otras aplicaciones.
 - Anatomía patológica (Pat-Win): el hospital Royo Villanova tenía otro aplicativo.
 - Sistema de gestión hospitalaria (HIS): todos los hospitales se han unificado con HIS-1, migrando Nuestra Señora de Gracia desde HIS-2 en 11/2011.
 - Radiología digital: todos los sectores sanitarios disponen de radiología digital en todos sus servicios y con el mismo aplicativo (anteriormente se disponía de algún servicio con radiología digital con aplicativos distintos en los hospitales de Barbastro, Clínico Univ. Lozano Blesa, Royo Villanova y Univ. Miguel Servet). El último centro en la implantación es Nuestra Señora de Gracia que termina en 01-02/2012.

- El sistema de **gestión económica** SERPA es único en todo el SALUD desde 2009. Antes cada sector disponía de sistemas no homogeneizados. Las tareas de migración han sido asumidas por los servicios de informática de los centros con una gran dedicación.
- El sistema de gestión de **recursos humanos** SIRHGA implantado en todo el SALUD. El proyecto ha supuesto un gran esfuerzo para la organización desde que empezó en 2006. Las tareas de migración han sido asumidas por los servicios de informática de los centros.
- El canal web de **soporte** para las incidencias de los aplicativos corporativos SERPA y SIRHGA, en el ámbito del Gobierno de Aragón, se gestiona desde el CETEC mediante una aplicación desarrollada por el SALUD.
- Desde el CGIPC se prestan los **servicios de soporte y mantenimiento** de otros aplicativos dependientes de otras Direcciones Generales del Departamento (Calidad y Atención al Usuario, Planificación y Aseguramiento, Salud Pública). Otras entidades departamentales, como el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, han solicitado que sus servidores-aplicaciones sean mantenidos desde el CETEC. Actualmente su principal aplicativo, denominado portal de conocimiento y compuesto por tres módulos, está instalado en servidores de CETEC (propiedad del SALUD).
- **Centro tecnológico** del SALUD con un CPD central desde donde se dan los servicios corporativos y con capacidad de ampliación.
- Disponibilidad de infraestructura renovada en todos los **CPD** de hospital.
- El **diseño semi-distribuido** de CPD en hospitales y en CETEC hace posible tener una mayor disponibilidad de los sistemas y menos dependencia de posibles fallos de comunicaciones entre centros. Este diseño por otro lado complica la administración-gestión de los sistemas.
- La **monitorización y gestión de sistemas** ha mejorado mucho con la incorporación de herramientas muy útiles para los servicios de informática.

Puntos débiles.

- A nivel organizativo, la **dependencia y control** de los sistemas de información en el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia ha sido un punto crítico a la hora de definir los objetivos y estrategias que ha supuesto problemas de coordinación y, como consecuencia, resultados negativos en algunos proyectos.
- La **historia clínica unificada** del SALUD no existe. Tan solo se dispone de visores web de la intranet clínica que agregan información en cada sector.
- Está pendiente la **integración** de varios aplicativos con el sistema único de identificación de pacientes (BDU), además de la fusión de los diferentes números de historia clínica.
- Pese a los avances en el desarrollo de sistemas específicos, no existe un **sistema de cuadros de mando clínicos y de gestión integral**.

- Se han implantado gran cantidad de **aplicativos y herramientas de ayuda al profesional**, lo que complica la gestión de acceso, su conocimiento y aprovechamiento.
- El diseño tecnológico de los sistemas de información se basa en la integración de la información de los diferentes aplicativos existentes, haciendo muy delicado y crítico que la **plataforma de integración** (Rhapsody) funcione correctamente.
- No es posible la visualización e informado de **radiología digital** de forma global en todo el SALUD, estando disponible solo a nivel de Sector. Sería necesario consolidar las imágenes, los informes y tener la información relacionada con la identificación del paciente en el CETEC. Este paso sería imprescindible para disponer de un anillo radiológico digital.
- El aumento de la gestión centralizada de los proyectos con la creación del CGIPC ha requerido que la **tramitación administrativa** de la contratación haya aumentado mucho, pudiendo, en algunas ocasiones, convertirse en un problema de gestión. No existe una estructura específica para esta tarea sino que es compartida con la central de compras.
- La existencia del ente público “Aragonesa de Servicios Telemáticos” (AST), responsable en el ámbito del Gobierno de Aragón de la **revisión y aprobación de cualquier contratación** propuesta en materia de TIC, ha supuesto, en ocasiones, retrasos en la tramitación de los concursos, dada la especificidad de los sistemas sanitarios.
- La **posible unificación de contratos** en materia de TIC que tengan puntos en común entre los diferentes departamentos del Gobierno de Aragón, planteada en los últimos meses por la Dirección General de Nuevas Tecnologías y AST, puede suponer problemas por la complejidad de los sistemas en sanidad y, en consecuencia, riesgo de pérdida de calidad del servicio.
- La competencia de AST en materia de **telecomunicaciones**, que supone el control de la Red Aragonesa de Comunicaciones Institucionales (RACI) a nivel de datos y voz (centralitas), retrasa la mejora de las comunicaciones requerida para nuestros centros sanitarios y la gestión en la tramitación de averías.
- Los nuevos sistemas SERPA y SIRHGA han permitido unificar los sistemas de información de gestión, pero han supuesto una **pérdida de conocimiento** sobre sus desarrollos y sobre como explotar la información. Además, dichos sistemas son centralizados, recayendo la explotación de los mismos en el CGIPC, lo que hace necesario una mayor capacitación y la asignación de recursos técnicos centralizados.
- El cumplimiento de la **Ley Orgánica de Protección de Datos** y del Sistema Nacional de Seguridad, que hace necesaria la revisión-publicación de decretos de declaración de ficheros, las auditorias de seguridad estipuladas y los documentos de seguridad, ha incrementado las cargas de gestión.

13.5 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
13.1	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
13.2	Fomento del desarrollo de herramientas colaborativas. Telemedicina.			X	X
13.3	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
13.4	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	
13.5	Integración de los servicios sociales como agentes sanitarios en el ámbito de los sistemas de información. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración de los sistemas corporativos asistenciales. 	X			
13.6	Seguridad de los sistemas de información y recursos de SALUD: <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. 	X			

		A	S	E	I
13.7	Gestión integral del conocimiento TIC de SALUD: ■ Reforzar-reorganizar los recursos/medios asociados al personal técnico para una mejor gestión del conocimiento TIC y una menor dependencia externa,.	X		X	
13.8	Garantizar acceso, disponibilidad y sostenibilidad de los sistemas. ■ 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.				

14 Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores.

14.1 Plantilla orgánica y efectivos reales.

Plantilla orgánica.

Es el instrumento principal para la ordenación de los recursos humanos, ya que en ella se detalla por centro la dotación de efectivos, la categoría profesional y puestos de trabajo y sistemas de provisión de los mismos. El análisis de datos de plantilla, previo estudio riguroso de las necesidades, estableciendo los ratios eficientes del personal, permitirá valorar la procedencia de creación/amortización de plazas estructurales en las plantillas de los centros y de los servicios centrales.

Atención primaria

	Directivos	Sanitarios licenciados	Sanitarios diplomad/técnic	Gestión y servicios
Sector Alcañiz	2	128	108	35
Sector Barbastro	3	167	150	59
Sector Calatayud	2	104	86	30
Sector Huesca	3	157	138	71
Sector Teruel	3	167	132	56
Sector Zaragoza I	3	171	169	87
Sector Zaragoza II	4	339	349	192
Sector Zaragoza III	4	317	270	140
Gerencia urgencias y emerg. sanitarias 061	4	114	81	56
Total	28	1.664	1.483	726

Actualizado a 11/2011.

Atención especializada

	Directivos	Sanitarios licenciados	Sanitarios diplomad/técnico	Gestión y servicios
H. Alcañiz	4	96	243	125
H. Barbastro	5	124	348	185
H. Clínico Universitario Lozano Blesa	13	519	1.602	796
H. Ernest Lluch	4	85	223	135
H. Nuestra Señora de Gracia	3	99	309	160*
H. Obispo Polanco	6	138	381	195
H. Royo Villanova	8	161	482	245
H. San Jorge	6	184	516	269
H. Universitario Miguel Servet	19	762	2.714	1.309
Total	68	2.168	6.818	3.419

* Incluye plantilla propia de personal de limpieza.

Atención socio-sanitaria

	Directivos	Sanitarios licenciados	Sanitarios diplomad/técnico	Gestión y servicios
H. Sagrado Corazón de Jesús	2	16	101	30
H. San José	2	12	51	38
Total	4	28	152	68

Salud mental

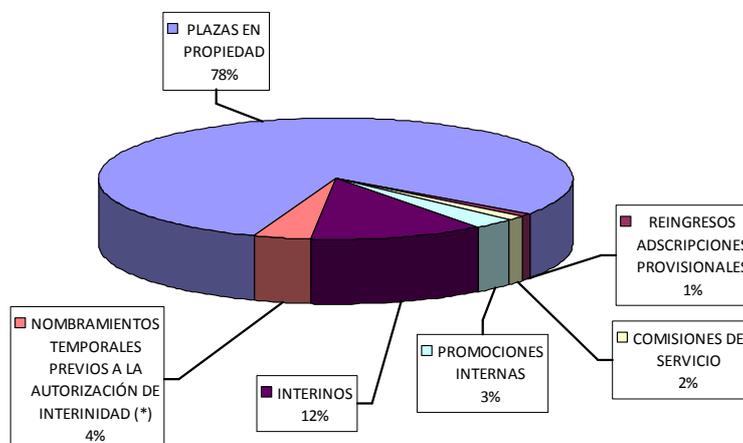
	Directivos	Sanitarios licenciados	Sanitarios diplomad/técnico	Gestión y servicios
CRP Nuestra Señora del Pilar	2	17	120	118
CRP San Juan de Dios	2	9	73	30
CRP Santo Cristo de los Milagros	2	9	72	23
Total	6	35	265	171

Puestos de gestión (jefaturas)

	Sanitarios licenciados	Sanitarios diplomad/técnico	Gestión y servicios
Atención primaria / 061	139	121	103
Atención especializada	328	284	464
Atención socio-sanitaria	2	2	3
Atención a salud mental	4	5	6
Total	473	412	576

Actualizado a 11/2011.

Ocupación



* Como consecuencia de la necesidad de atender la asistencia sanitaria urgente durante el periodo preciso para resolver el procedimiento que deriva de lo dispuesto en las leyes de presupuestos de la comunidad autónoma para los ejercicios 2010 y 2011, sobre autorización de nombramientos de carácter interino.

Efectivos

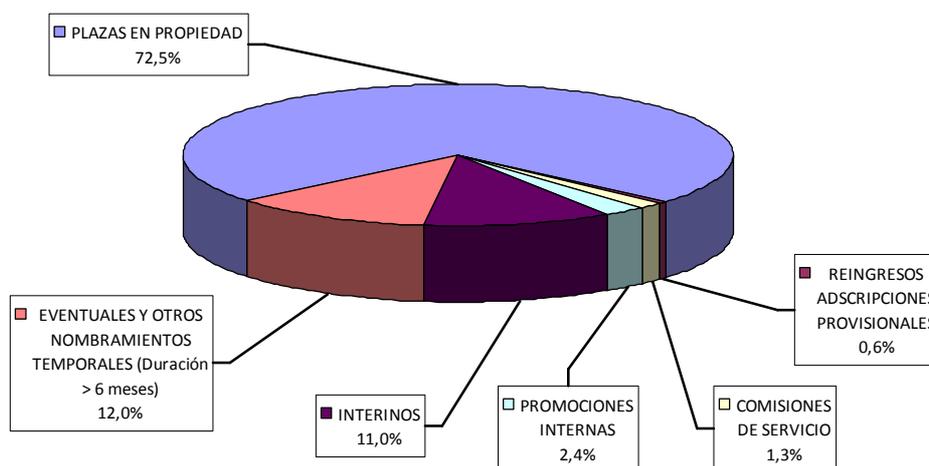
SECTOR	Plantilla orgánica	Plazas en propiedad	Reingresos adscripciones provisionales	Comisiones de servicio (en plaza vacante)	Promociones internas	Interinos	Otros nombramientos temp. >6 meses	Eventuales >6 meses	Total
Alcañiz	741	532	1	16	12	156	24	71	812
Especializada	468	356	0	12	10	79	11	65	533
Primaria	273	176	1	4	2	77	13	6	279
Barbastro	1.041	740	3	25	32	233	8	108	1.149
Especializada	662	484	2	19	29	122	6	108	770
Primaria	379	256	1	6	3	111	2	0	379
Calatayud	669	519	2	6	13	108	21	74	743
Especializada	447	360	2	3	12	56	14	68	515
Primaria	222	159	0	3	1	52	7	6	228
Huesca	1.599	1.316	12	21	39	167	44	118	1.717
Especializada	1.230	1.044	6	13	32	99	36	114	1.344
Primaria	369	272	6	8	7	68	8	4	373
Teruel	1.295	977	2	9	39	231	37	84	1.379
Especializada	937	746	1	6	32	122	30	80	1.017
Primaria	358	231	1	3	7	109	7	4	362
Zaragoza I	1.897	1.565	24	45	53	146	64	234	2.131
Especializada	1.467	1.237	10	27	38	99	56	204	1.671
Primaria	430	328	14	18	15	47	8	30	460
Zaragoza II	5.688	4.497	43	87	165	599	297	683	6.371
Especializada	4.804	3.790	26	62	143	516	267	681	5.485
Primaria	884	707	17	25	22	83	30	2	886
Zaragoza III	3.918	3.219	30	43	117	361	148	205	4.123
Especializada	3.187	2.650	27	25	107	249	129	205	3.392
Primaria	731	569	3	18	10	112	19	0	731
061	255	175	3	7	3	45	22	2	257
Subtotal							665	1.579	
Total	17.103	13.540	120	259*	473	2.046	2.244		18.682

Actualizado a 11/2011.

A la cifra de 18.862 hay que añadir un total de 876 efectivos en periodo de formación —tanto licenciados como diplomados sanitarios— en los diversos centros sanitarios acreditados para impartir docencia.

Sector	Especializada	Primaria	Total
Huesca	38	35	73
Teruel	23	29	52
Zaragoza I	22	18	40
Zaragoza II	327	60	387
Zaragoza III	256	68	324
Total	666	210	876

Efectivos reales.



Actualizado a 11/2011.

Los efectivos reales que se hallan prestando servicios exceden sustancialmente de los autorizados en las plantillas orgánicas. Así, frente a un total de 17.103 plazas autorizadas, existen 2.244 nombramientos eventuales de más de seis meses de duración, de los cuales, un total de 1.739 superan los 12 meses.

Como consecuencia de lo dispuesto en las leyes de presupuestos de la comunidad autónoma para los ejercicios 2010 y 2011, las contrataciones para el desempeño de todos los puestos en situación de vacante de personal estatutario necesitan solicitud del Gerente del sector sanitario dirigida al Director Gerente del SALUD quién, si valora necesaria la contratación, la eleva al titular del Departamento. Este a su vez, si lo considera oportuno, traslada la propuesta al consejero de Hacienda y Administración Pública y al de Economía y Empleo, lo que dilata notablemente la contratación final. Por todo ello, los centros sanitarios ante la necesidad de dar continuidad asistencial durante ese tiempo acuden a la figura de nombramiento eventual hasta la finalización de dicho procedimiento, lo que contribuye a explicar el aumento de la contratación eventual realizada y la falta de cobertura por personal interino de un elevado número de plazas vacantes.

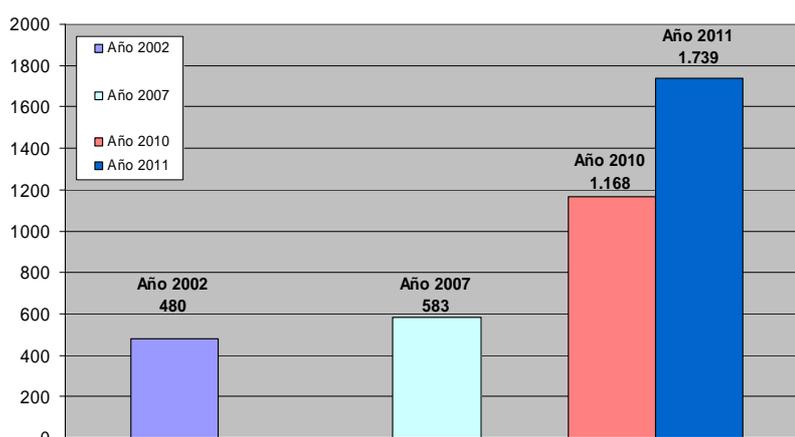
Asimismo, al amparo de la posibilidad prevista en el artículo 9 del Estatuto Marco (y antes de su entrada en vigor, de la Ley 30/99), los centros han venido realizando nombramientos eventuales, al margen de la plantilla orgánica aprobada, ya sea para atender necesidades coyunturales que a lo largo del tiempo se han consolidado, ya para cubrir necesidades estructurales que no han sido respaldadas por la creación de las plazas necesarias en la plantilla orgánica de cada centro (incremento de la cartera de servicios, disminución de la jornada anual, ampliaciones de los centros, etc.).

Aunque en el año 2007 se llevó a cabo la consolidación de una buena parte de los nombramientos eventuales que en ese momento cumplían los criterios previstos en la ley para la creación de las correspondientes plazas, sin embargo, no por ello dejó de utilizarse esta modalidad contractual para cubrir las nuevas necesidades, contando incluso con la conformidad de los servicios centrales, ante la posibilidad prácticamente nula de que el Gobierno de Aragón aprobase la creación de las plazas.

Por tal motivo, en la actualidad, sumando a los nombramientos que ya existían en 2007 pero no llegaron a convertirse en plazas, los que fueron autorizados como nuevas acciones entre los años 2008 a 2011, existe un abultado número de nombramientos eventuales. Por ello, debe acometerse la urgente evaluación de tales nombramientos, para determinar cuáles responden a la previsión establecida en el artículo 9.3 del Estatuto Marco.

En cualquier caso, el objetivo ha de ser que las plantillas orgánicas de los centros reflejen realmente los efectivos autorizados y dotados presupuestariamente con el objetivo de simplificar la gobernanza de las instituciones permitiendo a la vez diferenciar lo estructural de lo coyuntural, lo que redundaría en mejorar el clima laboral, afianzando aquellos profesionales que el sistema necesita.

Evolución del número de nombramientos eventuales de duración superior a 12 meses



Estructura etárea de profesionales sanitarios.

A continuación se muestran los profesionales prestando servicios a 11/2011 distribuidos por tramo de edad, independientemente del tipo de contrato (tiempo completo o tiempo parcial)

y de la relación laboral (fijos, interinos, sustitutos, eventuales, refuerzos, etc.). No se incluye MIR ni resto de personal en formación.

Atención primaria: facultativos.

	Hombres						Total	Mujeres						Total	Total
	<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		
Médico familia	2	35	96	294	57	25	509	8	123	237	299	25	5	697	1.206
Pediatra		3	10	21	6	4	44	1	24	40	42	10	3	120	164
Odontostomat.	1	1	2	13	1		18		1	1	7			9	27
Farmacéutico							0	5	4					9	9
Psicólogo clínico			1	1			2	1	2	6				9	11
Técnico salud		1	1	1			3	2	2	2				6	9

Atención especializada: facultativos.

	Hombres						Total	Mujeres						Total	Total
	<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		
Admisión y doc cl			1	9			10			1	5	1		7	17
Alergología		1	1	2			4	3	3	2				8	12
Análisis clínicos		1	1	4	3	3	12	2	3	8	13	4		30	42
Anatomía patol		1	1	6	7	1	16	1	3	6	9	3	1	23	39
Anestesiología	1	19	31	21	9	5	86	3	32	25	25	7	1	93	179
Angiología y cir v		1	4	4	2	2	13	8	3		2			13	26
Aparato digestivo	1	3	11	11	4	3	33	2	11	12	4	1	1	31	64
Bioquímica cl		3	1	1	7	3	15	6	3	7	8	8		32	47
Cardiología		7	12	13	7	4	43	9	7	6	2			24	67
Cir cardiovascular			4		1	2	7	1						1	8
Cir general		5	14	36	25	8	88	1	15	9	5	1	1	32	120
Cir oral y máxilof		2	1	2		1	6	3		2				5	11
Cir ort y traumat	1	28	23	28	11	6	97	13	4	9	4			30	127
Cir pediátrica			1	5	3	1	10		2	1	1			4	14
Cir plástica		3	3	1	1	1	9	1	1			1		3	12
Cir torácica		2	1	3			6	1						1	7
Dermatología			2	5	2	2	11	3	2	10		2		17	28
Endocrinología		1	5	3	1		10	9	6	6				21	31
Estomatología							0							0	0
Farmacia hosp	1	1	1	3	1	1	8	1	16	7	4	1		29	37
Farmacología cl							0							0	0
Geriatría		1	1	1	3		6	5	9	2				16	22
Hematología		2	5	9	5	2	23	1	6	12	3	7	2	31	54
Inmunología					1		1							0	1
Med del trabajo		1	1	3		1	6	1	3	3				7	13
Medicina familia		7	6	4				1	14	8	4				
Med físic y rehab			2	4	6	4	16	9	8	10	1	1		29	45
Med intensiva		7	18	9	14	3	51	15	15	7	4	2		43	94
Med interna		4	9	24	6	2	45	25	13	20				58	103
Med legal							0							0	0
Med nuclear		2		1	1		4	1	2	2	1	1		7	11
Med preventiva		4	6	4	3		17	1	4	4				9	26
Microbiología		2	1	5	1	1	10	3	6	15	5	4		33	43
Nefrología		1	5	7	6		19	5	2	5	2			14	33
Neumología		2	4	19	2	2	29	2	1	4	5	3		15	44
Neurocirugía		4	2	6	3		15	1						1	16

	Hombres						Total	Mujeres						Total	Total
	<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		
Neurofisiología				1	2	2	5		1	2	4	1		8	13
Neurología	2	1	4	11	4		22		10	7	4	1		22	44
Obst y ginecolog	2	3	12	24	20	7	68	1	25	22	18	8	3	77	145
Oncología méd		5	6	4	1		16	2	6	6	1			15	31
Oncología rad			1	3	2		6		1	6	1	1		9	15
Otorrinolaringol		2	9	17	6	3	37		5	4	8	2	1	20	57
Pediatría	1	7	5	9	5	11	38	7	23	12	9	9	5	65	103
Psicología cl		1	1				2		4	2	2			8	10
Psiquiatría		6	12	10	8	4	40	1	18	18	8	2		47	87
Radiodiagnóstico	1	4	10	29	18	6	68	3	18	21	16	8	3	69	137
Radiofísica hosp		3	2	1			6			1	3	2		6	12
Reumatología		2	2	6	2	2	14		2	2	6			10	24
Urgencia hosp		22	15	9			46		32	15	13	1		61	107
Urología		10	13	17	11	3	54		5	2	3			10	64
Total		190	281	411	219	98	1.199	30	387	313	294	108	43	1.175	2.374

Atención primaria: otro personal sanitario.

	Hombres						Total	Mujeres						Total	Total
	<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		
Enfermeros	25	55	37	60	12	4	193	140	250	270	368	124	11	1.163	1.356
Matronas			1				1	2	9	15	21	8		55	56
Enfermeros esp. salud mental		1					1	1		1				2	3
Fisioterapeutas		2	4	4	4		14	2	15	13	8	4		42	56
Auxiliares de enf.						1	1	7	21	44	16			88	89

Atención especializada: otro personal sanitario.

	Hombres						Total	Mujeres						Total	Total
	<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		<30	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65		
Enfermeros	69	126	69	114	27	2	407	688	1020	963	1256	223	10	4160	4567
Matronas		7	1	2			10	1	34	20	36	10	1	102	112
Enfermeros esp. salud mental	1	2	3	2			8	122	18	10	5			155	163
Fisioterapeutas		7	9	7	3		26	11	40	18	22	12		103	129
Terapeutas ocup.					1		1	3	11	9	7			30	31
Logopedas		5					5							0	5
Auxiliares de enf.	4	15	20	11	2		52	137	489	994	1369	438	15	3442	3494

Regularización de la relación de puestos de trabajo de los servicios centrales.

La nueva organización periférica implantada tras la aprobación del Decreto 41/2005 de 22/02, vació de contenido a las antiguas Gerencias de Área de Salud, de forma que las funciones desempeñadas desde los puestos de trabajo adscritos a las mismas deben ser asumidas desde las nuevas estructuras creadas en las Gerencias de Sector, lo que conlleva la necesidad de amortización de dichos puestos y la creación de las plazas correspondientes en las plantillas orgánicas estatutarias de los centros sanitarios, —que serán financiadas con los créditos

liberados—, toda vez que la mayor parte de los funcionarios y laborales adscritos a dichos puestos ya se hallan prestando servicios en los diferentes centros.

Por otra parte, en alguno de nuestros centros prestan servicios personal funcionario del cuerpo de funcionarios técnicos, escala técnica facultativa-asistentes sociales adscritos orgánicamente a la relación de puestos de trabajo de la Dirección Gerencia, y funcionalmente a dichos centros, por lo que resulta conveniente asimismo la amortización de dichos puestos, y consecuente creación simultánea de plazas de la categoría de trabajador social en la plantilla y adscribir a dichos funcionarios a la misma.

En la actualidad, la propuesta de supresión de los ‘restos’ de la relación de puestos de trabajo del SALUD correspondientes a las antiguas Gerencias de Área se halla todavía pendiente del informe económico del Departamento de Hacienda y Administración Pública, previos al acuerdo del Gobierno de Aragón que amortice tales puestos y cree los correlativos en las plantillas orgánicas de los centros sanitarios afectados, en los que de facto se hallan ya prestando servicios los ocupantes de los mismos. Desde el SALUD se va a impulsar de inmediato el procedimiento al efecto.

14.2 Gestión de personal.

Ofertas públicas de empleo - procesos selectivos.

En el acuerdo de 13/11/2007, entre el SALUD y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de políticas de empleo, se estableció el compromiso de completar una primera oferta pública de empleo, convocada en el ejercicio de 2007, así como el compromiso de publicar al menos dos ofertas públicas de empleo en el plazo del siguiente cuatrienio.

En su cumplimiento se han publicado las siguientes ofertas públicas de empleo:

Oferta pública de empleo	2007	2010	2011	Total
Licenciado sanitario	430	429	150	1.009
Sanitario diplomado y F.P.	903	277	288	1.468
Gestión y servicios	620	65	62	747
Total	1.953	771	500	3.224

En la actualidad, el único proceso selectivo incluido en la oferta de empleo público del año 2007 que se halla pendiente de finalización corresponde a la categoría de médico de urgencias y emergencias sanitarias (061), actualmente en fase de elección de destinos.

De la oferta pública de empleo de 2010 se han materializado un total de 33 convocatorias (facultativos especialistas de área, médicos de familia de atención continuada y enfermeros de atención continuada), quedando por convocar el resto de categorías, así como todas las incluidas en la oferta del 2011.

Finalizada la gestión del primer gran proceso selectivo realizado se ha concluido la necesidad de programar una serie de actuaciones que permitan reprogramar los procesos, fijar nuevos objetivos y avanzar en objetivos de actividad y calidad de los mismos:

- Establecimiento de mejoras en la programación periódica de las actividades del ciclo del proceso selectivo: tendentes a la reducción de plazos, mejoras en la coordinación entre fases con el objetivo de reducir a menos de un año los 18 meses de media de duración.
- Establecimiento de mejoras en el apartado de seguridad jurídica, concreción y precisión de las bases de las convocatorias y de los elementos esenciales del proceso selectivo que mejore la predicibilidad de las actuaciones y valoraciones del tribunal en el ejercicio e interpretación de las bases de la convocatoria.
- Establecimiento de mejoras en el procedimiento administrativo-informático de los procesos selectivos.

Puntos fuertes

- Regulación de un procedimiento de selección que cuenta con todas las garantías que la normativa vigente otorga a los aspirantes.
- Programación periódica de ofertas de empleo público.

Puntos débiles

- Inadecuada periodicidad de las convocatorias. Se constata la necesidad de avanzar, en una sistematización de la programación periódica de los procesos de selección y movilidad del personal, y que se imponga la lógica alternancia entre las convocatorias de acceso y los previos concursos de traslados.
- Personal temporal de larga duración.
- Diseño normativo de un procedimiento de gestión de procedimientos selectivos excesivamente rígido y dilatado en el tiempo.
- Carencia de una “cultura” propia de los procesos selectivos por los miembros de los Tribunales del SALUD.
- Desconfianza de los aspirantes en la consecución de una programación ágil y periódica de procesos selectivos que reduzca la tasa de temporalidad.

Procesos de movilidad voluntaria.

Los concursos de movilidad voluntaria son un importante instrumento de ordenación de plantilla regulado con carácter general en el artículo 29.2 del Estatuto Marco como un sistema de provisión de plazas que debe efectuarse en cada servicio de salud con carácter periódico, preferentemente cada dos años, y abiertos a la participación del personal estatutario fijo de la misma categoría y especialidad, así como, en su caso, modalidad, del resto de los servicios de salud, que se resolverán mediante el sistema de concurso, previa convocatoria pública y de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad.

La normativa básica que ha sido desarrollada en el Decreto 37/2011, de selección de personal estatutario y provisión de plazas en los centros del SALUD, establece con carácter general, una periodización bienal de la convocatoria con carácter previo a la convocatoria de pruebas selectivas, y establece los requisitos y condiciones de participación.

El Pacto de políticas de empleo, suscrito en el ejercicio de 2007 en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, estableció el compromiso de llevar a cabo una convocatoria de concurso de traslados de todas las categorías profesionales en las existiera personal en situación de reingreso provisional, una vez que hubiera transcurrido un año desde la toma de posesión del proceso extraordinario de consolidación de empleo.

Al amparo de dicha obligación se materializó una primera fase de convocatorias de movilidad voluntaria de las categorías que a continuación se detalla, indicando asimismo lo efectivos convocados y la participación de profesionales en los mismos.

Concursos de movilidad voluntaria convocados

Categoría	Plazas	Solicit.
Facultativo Especialista de Área	152	279
Médico de Familia	65	328
Odontostomatólogo	4	3
Pediatra	24	67
Médico de Urgencias y Emergencias	16	36
Enfermero/a	901	1.435
Fisioterapeuta	29	44
Matrona	38	40
Terapeuta ocupacional	5	7
T.S. Anatomía patológica y citología	5	4
T.S. Higiene bucodental	6	11
T.S. Laboratorio de diagnóstico clínico	31	16
T.S. Medicina nuclear	1	0
T.S. Radiodiagnóstico	46	45
T.S. Radioterapia	3	1
Auxiliar de Enfermería	789	723
Calefactor	3	6
Cocinero	9	-
Conductor	13	6
Costurera	6	4
Electricista	3	3
Gobernanta	3	4
Ingeniero técnico	2	2

Categoría	Plazas	Solicit.
Lavandera	1	1
Mecánico	2	3
Peón	1	1
Pinche	97	76
Planchadora	9	13
Telefonista	8	13
Trabajador social	8	13
Celador	229	184
Grupo Técnico Función Adm.	5	5
Grupo Gestión Función Adm.	10	28
Grupo Admvo. Función Adm.	25	29
Auxiliar Admtvo. de Función Adm.	226	231
Total	2.775	3.661

En la actualidad existe la previsión de realizar las siguientes convocatorias de movilidad voluntaria con carácter previo a las Ofertas Públicas de Empleo de 2010 y 2011.

Concursos de movilidad voluntaria previstos

OPE 2010	OPE 2011
Celadores	Enfermeros
Auxiliares de enfermería	Facultativos especialistas de área
Enfermeros especialistas en salud mental	Médicos de familia
	Pediatras de atención primaria
	Auxiliares administrativos
	T. S. en Radiodiagnóstico
	T.S. en Laboratorio

Para el futuro se hace necesario avanzar en la consolidación de una programación periódica de los procesos de movilidad voluntaria que garanticen el ejercicio del derecho a trabajadores desplazados y pueda facilitar la cobertura de puestos periféricos de difícil provisión.

Comisiones de servicio.

Tras los procesos selectivos y de movilidad consecuencia del Pacto Sindical de Política de Empleo del año 2007, se ha constatado que ha existido una utilización inadecuada, por abusiva, de la figura de la comisión de servicio, que pervierte la legal finalidad de esta figura, y que sin duda alguna viene a enturbiar la óptima ocupación de las plantillas.

Facultativos

	Centros de destino																				Total							
	AP Zaragoza I	H NS Gracia	H Royo Villanova	AP Zaragoza II	HU M Servet	AP Zaragoza III	H Clínico U LB	CRP NS Pilar	AP Calatayud	H Ernest Lluch	AP Huesca	H San Jorge	CRP S Cristo M	H S Corazón J	AP Barbastro	H Barbastro	AP Teruel	H Ob Polanco	H San José	AP Alcañiz		H Alcañiz	061 Aragón	B Sangre	CASAR	Otra CA	Otros	
AP Zaragoza I	2																										1	3
H NS Gracia		2				1					1										1					0		5
H Royo Villanova					3	4																						7
AP Zaragoza II				1	1	1																				1		4
HU M Servet			5	0		3					1				1		1				2							13
AP Zaragoza III	2			2		2																				0		6
H Clínico U LB		1	2		8										2						1				1	1		16
CRP NS Pilar		1																										1
AP Calatayud	1			2		3																						6
H Ernest Lluch		3	3		2	4									1										1			14
AP Huesca				1						4	1																	6
CRP S Cristo M						1																						1
H S Corazón J		1			1																							2
H San Jorge			3		5	2				2					1											1		14
AP Barbastro	1									3					4													8
H Barbastro			2		3	1				1	3	1									1					3		15
AP Teruel	2									1																		3
H Ob Polanco					4	6					1															2		13
H San José																												0
AP Alcañiz				2																	1							3
H Alcañiz		2	3		7	4																						16
061 Aragón																						1						1
CGIPC																												0
CASAR																												0
Otra CA	1	2		5		1								1					1	1		2						14
Total	9	8	22	8	39	7	26	0	0	1	10	7	0	1	5	5	0	1	1	1	5	3	0	2	7	2	171	

Gestión y servicios

		Centros de destino																											
		AP Zaragoza I	H NS Gracia	H Royo Villanova	AP Zaragoza II	HU M Servet	AP Zaragoza III	H Clínico U LB	CRP NS Pilar	AP Calatayud	H Ernest Lluch	AP Huesca	H San Jorge	CRP S Cristo M	H S Corazón J	AP Barbastro	H Barbastro	AP Teruel	H Ob Polanco	H San José	AP Alcañiz	H Alcañiz	061 Aragón	B Sangre	CASAR	Otra CA	Otros	Total	
Centros de origen	AP Zaragoza I	3			1																							0	4
	H NS Gracia																												0
	H Royo Villanova																						1			1		2	
	AP Zaragoza II				2	1																							3
	HU M Servet			1	1		1	1			1						1					2			1	15		24	
	AP Zaragoza III					1	2					1															1	5	
	H Clínico U LB	1	1		2	1																		1		7		13	
	CRP NS Pilar																												0
	AP Calatayud									1																	1		2
	H Ernest Lluch												1														1		2
	AP Huesca			1	1									1															3
	CRP S Cristo M													1															0
	H S Corazón J																												0
	H San Jorge	1			2	1						1			1														6
	AP Barbastro			1													1												2
	H Barbastro						1															1					1		3
	AP Teruel																						1						0
	H Ob Polanco				1	1																					2		4
	H San José																										1		1
	AP Alcañiz			1																									1
	H Alcañiz																				1	1					1		3
	061 Aragón							1																					1
	CGIPC																												0
	CASAR																												0
	Otra CA																					1	1						2
	Total	5	0	3	6	8	4	5	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	2	3	2	1	1	30	1	81

Total de comisiones de servicio

	Centros de destino																							Total					
	AP Zaragoza I	H NS Gracia	H Royo Villanova	AP Zaragoza II	HU M Servet	AP Zaragoza III	H Clínico U LB	CRP NS Pilar	AP Calatayud	H Ernest Lluch	AP Huesca	H San Jorge	CRP S Cristo M	H S Corazón J	AP Barbastro	H Barbastro	AP Teruel	H Ob Polanco	H San José	AP Alcañiz	H Alcañiz	061 Aragón	B Sangre		CASAR	Otra CA	Otros		
AP Zaragoza I	10		3								1	1															1	16	
H NS Gracia	1	2		1	1							1									1								7
H Royo Villanova	1			3	1	5																1			1			12	
AP Zaragoza II	1		5	2	1																				1	2		12	
HU M Servet	1	7	5	3	4			1	3	1	2	10	1	1	2	8	1	1	33	1	85							85	
AP Zaragoza III	2		2	3	12				1																		1	21	
H Clínico U LB	1	2	3	2	12	2						1			2		1				1	1	1	1	10	2	42		
CRP NS Pilar		1																									1	2	
AP Calatayud	2		4	5		3																				1	15		
H Ernest Lluch		3	3	4	4	1				1		1			1						1			1	8		27		
AP Huesca			3	1	1					10	3	1	1												1		21		
CRP S Cristo M						1																					1		
H S Corazón J		1		1	1					2																1	6		
H San Jorge	1	3	8	3						4	1	1		2											1	1	25		
AP Barbastro	1		1	1						5				7	5												20		
H Barbastro		2	5	1	2			1	1	3		2	5								2			1	5		30		
AP Teruel	2									1							1										4		
H Ob Polanco			5	7							1											1			6		20		
H San José															1										1		2		
AP Alcañiz			2	2																	2	3					9		
H Alcañiz		2	3	8	5														1	2					4		25		
061 Aragón						1																3			1		5		
CGIPC																													
CASAR																													
Otra CA	1	2	1	17	5			1	2		1			3	1	2	1	3									40		
Total	24	9	27	28	71	26	39	4	3	25	16	2	5	15	21	2	5	2	8	17	10	1	7	75	5	447			

El objetivo sería ordenar la concesión y /o prórroga atendiendo a criterios de legalidad que la definen estrictamente en favor de las necesidades del servicio y en el marco de una adecuada periodicidad de los procedimientos de movilidad.

Bolsa de empleo temporal.

La selección del personal temporal se desarrolla mediante un sistema de 'bolsas' de empleo, que han sido desarrolladas y mejoradas desde su implantación, en la década de los años noventa, mediante la suscripción de una serie de pactos con la representación legal de los trabajadores.

En la actualidad mantiene vigencia el Pacto de 20/02/2008, sobre selección de personal estatutario, que establece un sistema permanente de inscripción en las bolsas de empleo temporal para tres grupos de personal: licenciados sanitarios, sanitaria y de gestión y servicios, para las que se realizaron las oportunas convocatorias públicas iniciales.

Las bolsas de personal sanitario (licenciados, diplomados y de formación profesional) ya vienen funcionando con carácter permanente, hallándonos en estos momentos en fase de

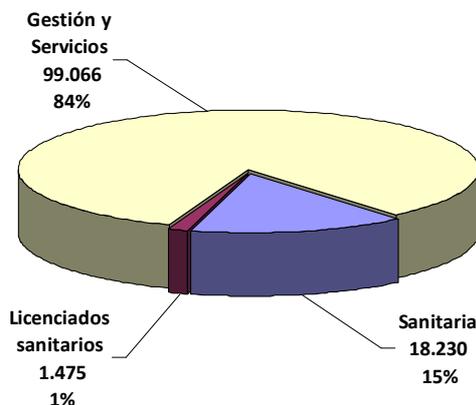
actualización (generada el 01/05/2011) con la publicación de un nuevo listado provisional de valoración de méritos.

El elevado número de solicitudes de empleo de personal de gestión y servicios, ha retrasado la baremación del primer listado de méritos, recientemente publicado. Cuando hayan sido resueltas todas las reclamaciones que se planteen, elevando los listados a definitivos, se habrá conseguido el carácter permanente de las tres bolsas, y a partir de ese momento se podrán programar de forma periódica y estable todas las actualizaciones de la misma.

Con los listados permanentes, cada centro de gestión realiza descentralizadamente los nombramientos de personal temporal que precise, al aspirante con mejor mérito según el tipo de nombramiento y jornada que proceda utilizar en cada caso, utilizado para ello un sistema informático que aporta la situación de los listados de bolsa a tiempo real.

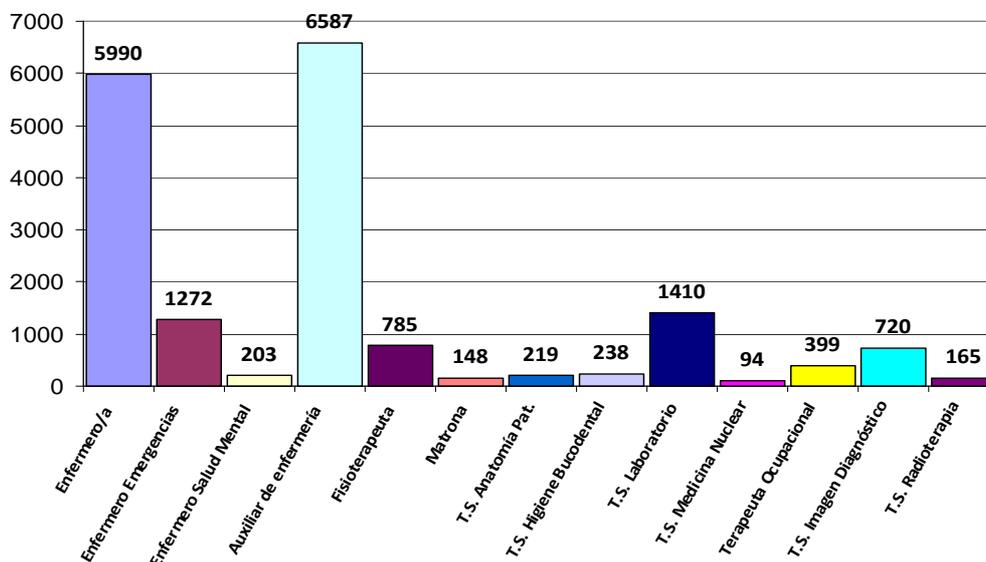
Solicitudes de empleo

Bolsa de empleo personal	Solicitudes
Sanitaria Permanente	18.230
Licenciados Sanitarios Permanente	1.475
Gestión y Servicios Permanente	99.066
Total	118.771



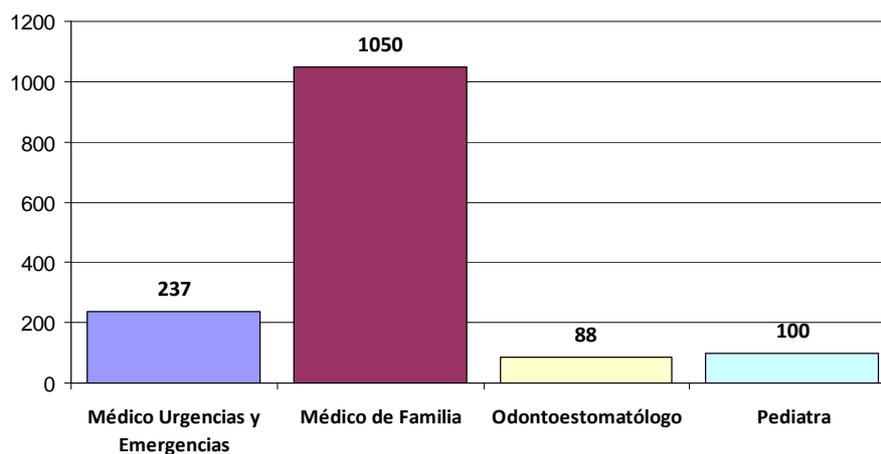
Bolsa de personal sanitario

Categoría	Total	%
Enfermero/a	5.990	32,86
Enfermero emergencias 061 Aragón	1.272	6,98
Enfermero salud mental	203	1,11
Auxiliar de enfermería	6.587	36,13
Fisioterapeuta	785	4,31
Matrona	148	0,81
T.S. Anatomía patológica y citología	219	1,20
T.S. Higiene bucodental	238	1,31
T.S. Laboratorio de diagnóstico clínico	1.410	7,73
T.S. Medicina nuclear	94	0,52
Terapeuta ocupacional	399	2,19
T.S. Imagen para el diagnóstico	720	3,95
T.S. Radioterapia	165	0,91
Total	18.230	100,00



Bolsa de personal licenciado sanitario

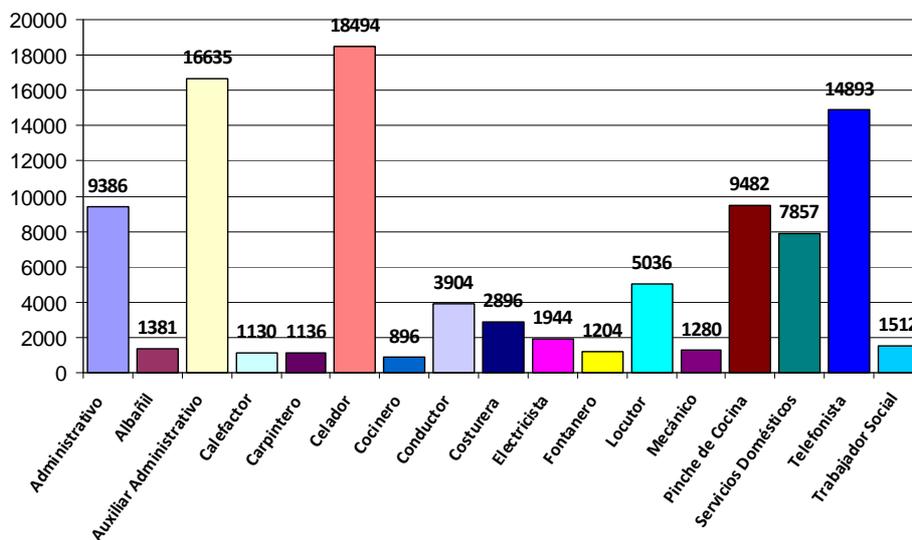
Categoría	Total	%
Médico urgencias y emergencias	237	16,07
Médico de familia	1050	71,19
Odontostomatólogo	88	5,97
Pediatra	100	6,78
Total	1.475	100,00



Bolsa de personal de gestión y servicios

Categoría	Total	%
Administrativo	9.386	9,47
Albañil	1.381	1,39
Auxiliar administrativo	16.635	16,79
Calefactor	1.130	1,14
Carpintero	1.136	1,15

Categoría	Total	%
Celador	18.494	18,67
Cocinero	896	0,90
Conductor	3.904	3,94
Costurera	2.896	2,92
Electricista	1.944	1,96
Fontanero	1.204	1,22
Locutor	5.036	5,08
Mecánico	1.280	1,29
Pinche de cocina	9.482	9,57
Servicios domésticos	7.857	7,93
Telefonista	14.893	15,03
Trabajador social	1.512	1,53
Total	99.066	100,00



Una vez alcanzado el objetivo de implantación de las bolsas permanentes en todos los grupos de personal ha de programarse actuaciones de mejora en los siguientes ámbitos:

- Establecimiento de una programación de actualización de listados que permita la inclusión de nuevos profesional y la toma en consideración de los nuevos méritos de los aspirantes de la bolsa de empleo temporal
- Establecimiento de cauces para la unificación de criterios en la gestión de la contratación de los sectores.

Por otra parte, siguiendo el mandato contenido en el Decreto 37/2011 de selección y provisión de plazas y de forma coordinada con el grupo de trabajo para la redacción y tramitación del nuevo pacto de promoción interna temporal, en la última reunión de la comisión autonómica de vinculaciones temporales se acordó abrir la negociación de un nuevo pacto de vinculaciones temporales (bolsa de trabajo), que mejore la normativa actual y dé respuesta a algunos de los

problemas de gestión e interpretación detectados, determinado las siguientes áreas de actuación:

- Análisis de aspectos controvertidos o no bien resueltos en la actualidad (la valoración de la superación de procesos selectivos, la formación específica para el desempeño de determinadas profesiones, la relación de contrataciones por los sistemas de bolsa y de promoción interna temporal, por citar algunos ejemplos) y consiguiente adopción de mejoras en la normativa y baremo de méritos aplicables.
- Análisis, limitación y adopción de controles en las excepciones por razón de urgencia que figuran en el pacto.
- Establecimiento de un procedimiento que, dotado de las necesarias garantías, permita la depuración de listados para casos justificados.
- Unificación de criterios en la realización y validez de las pruebas de aptitud de las categorías profesionales que la tienen prevista en la normativa de bolsa.

Puntos fuertes

- Carácter permanente de la bolsa.
- Baremación y gestión centralizada única de los méritos de los aspirantes.
- Visualización a tiempo real del listado baremado por las unidades de contratación de los distintos sectores sanitarios.

Puntos débiles

- Alta tasa de temporalidad en el SALUD.
- Alta tasa de contrataciones de larga duración.
- Elevado nivel de demandantes de empleo inscritos en bolsa de vinculaciones temporales, e incapacidad del sistema para dar respuesta a las expectativas de tan importante cifra de demandantes de empleo temporal.
- Necesidad de unificación de criterios de actuación en la gestión de la contratación por los diferentes sectores.
- Generación de expectativas y reivindicaciones de estabilidad en el empleo de colectivos de personal temporal con mucha antigüedad en contratación que no superan los procesos selectivos.
- Existencia de conflictos con el colectivo de personal fijo por los puestos provistos mediante el sistema de promoción interna temporal.

Promoción interna temporal.

El artículo 35 del Estatuto Marco establece la posibilidad de que sea ofrecido al personal estatutario el desempeño temporal de funciones correspondientes a nombramientos de otra categoría igual o superior a la que dispone en propiedad, remitiendo su negociación a las mesas correspondientes.

Al amparo de esta previsión mantiene vigencia el pacto de promoción interna temporal para el personal estatutario fijo, suscrito con la representación legal de los trabajadores (Boletín Oficial de Aragón, BOA, 25/01/2006).

Dicho Pacto ha sido completado con la Resolución de 24/02/2006, de la Dirección Gerencia del SALUD, por la que se establece el procedimiento para la formación y gestión de listas de aspirantes a la promoción interna temporal en sus centros sanitarios de forma descentralizada a nivel de sector sanitario, reservando competencias a la Gerencia del SALUD para autorizar la promoción interna entre sectores con carácter excepcional.

Por otra parte, siguiendo el mandato contenido en el Decreto 37/2011 de selección y provisión de plazas y de forma coordinada con el grupo de trabajo para la redacción y tramitación del nuevo pacto de vinculaciones temporales, en la última reunión de la comisión autonómica de seguimiento del pacto de promoción interna temporal se acordó abrir la negociación de un nuevo pacto que mejore la normativa actual y dé respuesta a algunos de los problemas de gestión e interpretación detectados en el desarrollo del mismo, determinando las siguientes áreas de actuación:

- Análisis de aspectos controvertidos o no bien resueltos en la actualidad (la valoración de la formación específica para el desempeño de determinadas profesiones, la relación de contrataciones por los sistemas de bolsa y de promoción interna temporal, por citar algunos ejemplos) y consiguiente adopción de mejoras en la normativa y baremo de méritos aplicables.
- Unificación de criterios de actuación en la gestión por los distintos sectores.
- Establecimiento de un procedimiento que, dotado de las necesarias garantías, permita la depuración de listados para casos justificados.

Puntos fuertes

- Mantenimiento de un elemento motivador de gran tradición entre el personal estatutario de plantilla, por el que se puede desempeñar temporalmente funciones de superior categoría, que serán mérito baremable en futuros procesos selectivos.

Puntos débiles

- Larga duración de una situación provisional que genera expectativas de estabilidad en los promocionados.

- Conflictos con el personal temporal de bolsa de empleo por la prioridad en la utilización de esta forma de provisión.

Provisión de puestos de difícil cobertura.

Se constata la dificultad de cobertura de determinados puestos, particularmente en centros periféricos y en el ámbito rural, lo que hace necesario plantear medidas de fidelización de los profesionales que ya desempeñan funciones en esos puestos, así como atraer nuevos profesionales que permitan mantener un servicio de calidad.

Procedimientos de movilidad interna de centro.

Al amparo de la competencia de las Gerencias de Sector para la ordenación de los efectivos propios de cada centro se han ido desarrollando diversos procedimientos de movilidad interna, utilizando diversas normativas y baremos de méritos negociados, en cada caso, por la representación legal de los trabajadores en cada ámbito, generando importantes disfunciones y contradicciones entre centros que es imprescindible solucionar.

El Decreto 37/2011 de selección y provisión de plazas, en su artículo 46, establece la competencia de los Gerentes de Sector para la convocatoria de procedimientos de 'acoplamiento' interno para aquellas categorías en las que el volumen de personal o características de las plazas lo justifiquen, remitiendo a la negociación en Mesa Sectorial de Sanidad de unos baremos de méritos uniformes y aplicables a todos los centros.

Para ello se hace necesaria la constitución de un grupo de trabajo que desarrolle las siguientes áreas de actuación:

- Negociación sindical que conlleve el establecimiento de bases comunes para la movilidad interna del personal.
- Elaboración y aprobación de una normativa única del SALUD que desarrolle el mencionado artículo 46 del Decreto 37/2011.
- Programación periódica de procesos de movilidad.
- Establecimiento de una comisión de seguimiento que analice el desarrollo de los procesos de movilidad convocados.

Puntos fuertes

- Contribuye a fijar la plantilla del centro con carácter periódico y de forma reglada.
- Su reglamentación contribuye a una mejora en la motivación del personal.

Puntos débiles

- En centros donde nunca se ha realizado puede generar algún problema una importante tasa inicial de movilidad de personal.
- En determinados servicios (con turnicidad, importante presión asistencial o de atención al público...) puede provocar continuadas renovaciones del personal, al ser adjudicados reiteradamente al personal con menores méritos en el baremo.
- Expectativas de permanencia en el puesto de trabajo por personal temporal con largos periodos de desempeño profesional, que puede verse desplazado por personal fijo.

Relaciones laborales.

Tras haberse llevado a cabo, durante el primer trimestre del 2011, el proceso de elecciones sindicales para representantes del personal de centros sanitarios, de conformidad con el artículo 2 del acuerdo administración-sindicatos de 04/07/2008 sobre derechos y garantías sindicales, se halla pendiente el acordar un nuevo marco que determine el sistema de derechos y garantías sindicales en función de la nueva representatividad obtenida. El punto clave de esta negociación está en el número de dispensados institucionales, que en el acuerdo anterior alcanzaba el número de 40. En las últimas elecciones, como consecuencia del incremento del número de Juntas de Personal (al haber pasado de cinco áreas de salud a ocho) y de la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público, aumentó notablemente el número de delegados y, por tanto, de horas sindicales.

El desglose de datos de interés teniendo en cuenta la composición de las Juntas de Personal para el año 2011, sería el siguiente:

1. El número de miembros de los órganos de representación son 200.
2. El número total de representantes del ámbito son 137.

El número total de representantes que se pueden designar de acuerdo con el Pacto de Garantía Sindicales es de 389.

3. El número total de horas a que tienen derecho los representantes de los apartados 1 y 2 es de 154.620 h.
4. El coste teórico anual teniendo en cuenta el valor medio euro/hora calculado tomando como base los liberados institucionales (28,68 €/h) 4.434.501,60 €
5. El coste real de las horas disfrutadas en el año 2010 no sirve para realizar ningún análisis ya que el proceso de elecciones sindicales celebrado en el año 2011 incrementa el número de Juntas de Personal de 5 a 8, incrementando por tanto el número de representantes que pasan de 129 a un total de 200.
6. El número de dispensados sindicales o liberados institucionales conforme al acuerdo de derechos y garantías es de 40.

También recoge el acuerdo la designación de delegados de sección adicionales a los establecidos por la Ley Orgánica de Libertad Sindical en un número de 12.

7. El coste anual de los dispensados sindicales y delegados adicionales (considerándolos dispensados) a fecha de hoy teniendo en cuenta las retribuciones de 2011 es de 1.817.282,52 €.
8. El exceso de horas con respecto a lo establecido en la Ley Orgánica de Libertad Sindical y el Estatuto Básico del Empleado Público que contempla en acuerdo de derechos y garantías es de 63.360 h.

El coste anual medio se puede cifrar en 1.817.614,80 €.

Movilidad por motivos de salud.

Se constituyó un grupo de trabajo sobre modificación de la instrucción de prevención de riesgos laborales del personal que presta servicios en los centros sanitarios del SALUD (reguladora de la movilidad y adaptación de puestos por motivos de salud), que concluyó con la elaboración de un borrador de regulación del nuevo procedimiento de adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud conforme a lo previsto en el capítulo IV del Decreto 37/2011 de selección y provisión de plazas.

El borrador había quedado en suspenso en 09/2010 a la espera de la entrada en vigor de dicho Decreto y de los trabajos que se estaban llevando a cabo sobre el particular en el ámbito de administración general. Por Decreto 18/2011 se aprobó el reglamento para la adaptación del puesto de trabajo y movilidad por motivo de salud, de los empleados públicos del ámbito sectorial de administración general, por lo que en este momento debería abordarse definitivamente la citada regulación.

Año	Adaptaciones	Cambio	Prestación embarazo
2010	39	132	348
2011	41	80	*

* Pendiente cierre de datos correspondientes al año 2011

Régimen disciplinario.

El empleado público debe ser considerado como un sujeto social responsable, no ante los superiores jerárquicos, sino ante el propio valor de la democracia, ante los ciudadanos. De ahí, el código de conducta instaurado por la Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).

Con carácter previo, ya la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, había regulado esta misma materia, asentando los principios doctrina sentada por el Tribunal Constitucional.

Se echa de menos la promulgación de un reglamento de régimen disciplinario actualizado, careciendo el Gobierno de Aragón de un procedimiento disciplinario propio. Por ello, se sigue

aplicando el Real Decreto 33/1986, por el que se aprueba el reglamento de régimen disciplinario de los funcionarios de la administración del Estado, matizado con las disposiciones contenidas en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común. Es urgente la elaboración de dicho reglamento, acorde con los derechos y garantías asentados en la materia.

Como se desprende de la tabla que aparece a continuación, se observa un notorio incremento de expedientes disciplinarios a tramitar, debiendo constituirse una unidad con personal especializado, ya que la instrucción de los procedimientos recae en personal muy diverso que comparte las funciones de investigación e instrucción con otras tareas, lo que es recomendable revisar.

Año	Reclamaciones varias	Informaciones previas	Expedientes disciplinarios
2009	14	9	9
2010	18	6	10
2011	17	7	25

Acción social de personal estatutario.

La referencia normativa es el Pacto de Mesa Sectorial de Sanidad por el que se aprueba el Plan de Acción Social para el personal estatutario del SALUD, según orden de 28/07/2006, del Departamento de Salud y Consumo (BOA 18/08), y el abono de dichas ayudas se efectúa todos los años en la nómina del mes de septiembre u octubre.

Año	Ayuda estudios personal	Ayuda estudios hijos	Guarderías	Minusvalías	Totales
2009	82.136,68	1.547.697,17	261.620,32	41.878,87	1.933.333,04
2010	86.719,66	1.524.318,63	283.834,58	49.142,52	1.944.015,39
2011	81.258,51	1.532.565,38	264.512,85	45.949,14	1.924.285,58

Compensación de gastos derivados de accidentes de tráfico.

Desde recursos humanos se asume la gestión de la comisión de valoración encargada de examinar y valorar las solicitudes en relación con la compensación de gastos extraordinarios derivados de accidentes de tráfico acaecidos en desplazamientos efectuados por razón del servicio, en virtud de lo establecido en el Decreto 229/2004 (BOA 17/11).

Año	Expedientes	Importe
2008	45	23.069,96
2009	35	23.629,56
2010	39	24.347,45
2011	19	10.521,98

Integración en la condición de personal estatutario de los funcionarios de carrera y del personal laboral con contrato indefinido fijo.

El Decreto 51/2004 (BOA 26/03), dictado en cumplimiento de lo establecido en Ley 6/2002 de Salud de Aragón, y en la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y, asimismo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Ordenación de la Función Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario de los funcionarios de carrera y del personal laboral con contrato indefinido fijo que prestan servicios en los centros, instituciones o servicios sanitarios del SALUD.

El citado Decreto 51/2004, dispone la realización anual de una convocatoria pública para llevar a cabo dicha integración voluntaria y a través de las cuales se han integrado en la condición de personal estatutario el siguiente personal:

Grupo	Funcionarios				Laborales				
	A	B	C	D	A	B	C	D	E
Hospital Ntra Señora de Gracia	4	2	1	4		1		4	11
Hospital Royo Villanova	23	12	1	38		2		4	
Atencion primaria	2								
Sector Zaragoza I	29	14	2	42		3		8	11
Atencion primaria	2	1							
Sector Zaragoza II	3	1							
CRP Nuestra Señora del Pilar	1	4		3				6	
Atencion primaria	4	5							
Sector Zaragoza III	5	9		3				6	
Atencion primaria	1								
Sector Calatayud	1								
CRP Santo Cristo de los Milagros	2			3				1	1
Hospital Sagrado Corazon de Jesús	6	3	2	5				1	
Hospital San Jorge	1								
Atencion primaria	1	1				1			
Sector Huesca	10	4	2	8	0	1	0	2	1
Atencion Primaria Barbastro		3							
Sector Barbastro		3							
CRP San Juan de Dios	2			1				9	
Hospital San José	1	1		3					
Atencion primaria	4								
Sector Teruel	7	1		4				9	
Atencion primaria	1	1							
Sector Alcañiz	1	1							
Total	56	33	4	57	0	4	0	25	12

No obstante, el tiempo transcurrido desde la entrada en vigor del citado Decreto ha puesto de manifiesto, en primer lugar, la necesidad de ampliar los centros, instituciones o servicios sanitarios del SALUD, en el que únicamente se incluyeron los establecimientos sanitarios gestionados por el Gobierno de Aragón y los centros sanitarios procedentes de las transferencias de las Diputaciones Provinciales, junto con los centros de salud y consultorios. El actual régimen de movilidad de los funcionarios públicos y otras circunstancias suponen la posibilidad de que personal funcionario y laboral se encuentre prestando servicios en los centros sanitarios gestionados con anterioridad por el INSALUD en Aragón, por lo que se ha puesto de manifiesto la necesidad de ampliar los centros establecidos a todos los centros del SALUD.

Del mismo modo, sin perjuicio de que en un futuro la Comunidad Autónoma de Aragón proceda a la creación de categorías propias de personal estatutario, se hace preciso ampliar el elenco de equivalencias entre cuerpos y escalas de funcionarios y categorías profesionales de personal laboral y categorías estatutarias, al mismo tiempo que se debe proceder a actualizar la denominación de alguna de ellas, de conformidad con la normativa vigente.

Opción retributiva de los funcionarios de carrera y del personal laboral con contrato indefinido fijo que prestan servicios en los centros, instituciones o servicios sanitarios.

El Acuerdo de 02/12/2003 por el que se aprueban las plantillas de determinados centros adscritos al SALUD, establece que el personal funcionario de carrera y laboral fijo que en el momento de aprobarse la correspondiente plantilla orgánica preste servicios en los centros afectados, podrá optar por percibir las retribuciones previstas para el personal estatutario, en el plazo que inicialmente se señale.

En cumplimiento de lo anterior, mediante Resolución de 16/12/2003, de la Dirección Gerencia del SALUD, se dictaron instrucciones al objeto de articular el mecanismo para el ejercicio del derecho de opción a la percepción de retribuciones previstas para el régimen estatutario.

En la citada Resolución se determina que, a partir de 01/01/2005, el personal funcionario de carrera y laboral fijo que preste servicios en los centros sanitarios en el momento de la aprobación de la plantilla orgánica del mismo, podrá formular opción para acogerse a las retribuciones propias del personal estatutario y, en su caso, el personal que hubiera optado anteriormente por las retribuciones propias del régimen estatutario, podrá formular opción para percibir de nuevo las propias del régimen funcionario o laboral y, en cumplimiento de la misma, han optado por dichas retribuciones estatutarias el siguiente personal:

Funcionarios	
APD (Sanitarios Locales)	680
Que han optado por retribuciones estatutarias	593
Con retribuciones de funcionario	63
Total	1.336

Laborales	
Que han optado por retribuciones estatutarias	148
Con retribuciones de laboral	170
Total	318

Absentismos.

Existe un control y seguimiento de absentismos derivados de situaciones de incapacidad temporal, siendo deseable continuar impulsando y mejorando las oportunas medidas de control, con la finalidad de reducir progresivamente los índices detectados de absentismo.

Atención especializada

Tipo de personal	Grupo	Efectivos (equiv)	Días (equiv)	Días IT	% IT	Días IT x trabaj
Facultativo	A	2.430	886.974	21.439	2,42	8,82
Sanitario	B	5.289	1.930.320	79.635	4,13	15,06
Sanitario	C	755	275.688	15.846	5,75	20,98
Sanitario	D	4.185	1.527.696	106.041	6,94	25,34
No sanitario	A	47	17.155	230	1,34	4,89
No sanitario	B	151	55.166	979	1,77	6,48
No sanitario	C	455	165.906	7.996	4,82	17,59
No sanitario	D	1.522	555.645	29.577	5,32	19,43
No sanitario	E	2.169	791.569	58.378	7,37	26,92
Total		17.003	6.206.119	320.121	5,16%	18,83

Atención primaria

Tipo de personal	Grupo	Efectivos (equiv)	Días (equiv)	Días IT	% IT	Días IT x trabaj
Facultativo	A	1.627	594.003	21.661	3,65	13,31
Sanitario	B	1.402	511.701	23.028	4,50	16,43
Sanitario	C	23	8.460	335	3,96	14,45
Sanitario	D	98	35.686	2.924	8,19	29,91
No sanitario	A	14	5.100	92	1,80	6,58
No sanitario	B	73	26.509	643	2,43	8,85
No sanitario	C	80	29.115	882	3,03	11,06
No sanitario	D	646	235.665	11.255	4,78	17,43
No sanitario	E	155	56.611	2.661	4,70	17,16
Total		4.117	1.502.850	63.481	4,22%	15,42

Total

Tipo de personal	Grupo	Efectivos (equiv)	Días (equiv)	Días IT	% IT	Días IT x trabaj
Facultativo	A	4.057	1.480.977	43.100	2,91	10,62
Sanitario	B	6.690	2.442.021	102.663	4,20	15,34
Sanitario	C	778	284.148	16.181	5,69	20,79
Sanitario	D	4.283	1.563.382	108.965	6,97	25,44
No sanitario	A	61	22.255	322	1,45	5,28
No sanitario	B	224	81.675	1.622	1,99	7,25

Tipo de personal	Grupo	Efectivos (equiv)	Días (equiv)	Días IT	% IT	Días IT x trabaj
No sanitario	C	534	195.021	8.878	4,55	16,62
No sanitario	D	2.168	791.310	40.832	5,16	18,83
No sanitario	E	2.324	848.180	61.039	7,20	26,27
Total		21.120	7.708.969	383.602	4,98%	18,16

Datos de 2010.

Organización de la jornada de trabajo en función de la actividad.

Se detecta que la actividad asistencial se concentra en determinadas franjas horarias no siempre coincidentes con los turnos de trabajo establecidos, lo que haría deseable adoptar medidas encaminadas a la convergencia de ambos.

Registro de personal.

Se encuentra pendiente la creación del Registro de Personal del SALUD, en desarrollo de la previsión contenida en el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Implantación de SIRHGA, GPT y otras herramientas de gestión.

Implantación SIRHGA

Con el objetivo de modernizar la gestión de los recursos humanos dentro del Gobierno de Aragón, se impulsó a partir de 2006 la implantación de un nuevo modelo global que considerara una redefinición y unificación de los procesos que reglaban la gestión del empleado público. Esta iniciativa, conocida como Sistema Integrado de Recursos Humanos para el Gobierno de Aragón (SIRHGA), se concibió inicialmente desde la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, ha sido impulsado y dirigido a través de la Dirección General de Función Pública y ha contado con la participación activa de los responsables de recursos humanos de los colectivos de administración general, educación, sanidad y justicia.

El SALUD, con la implantación del sistema SIRHGA (estructura orgánica y plantillas, administración y registro de personal, gestión de tiempos y nóminas) en todos sus centros, iniciada en 11/2008 (dirección de atención primaria del Sector Zaragoza III) y concluida en 11/2011 (Sector Teruel), cuenta con una solución técnica única y uniforme que permite optimizar la gestión de los recursos humanos, respetando las particularidades propias de cada régimen jurídico-laboral (estatutario, funcionario y laboral) pero utilizando como principales pilares el dato único, la reducción de las cargas administrativas en las unidades de personal y la implantación de un modelo único de gestión de recursos humanos que contempla la normativa vigente (Estatuto Marco, Estatuto Básico del Empleado Público y otras normativas vigentes).

Por lo tanto el sistema SIRHGA ha representado un auténtico proceso de transformación, disponiendo de un sistema de gestión integrado y homogéneo que permite la explotación de la información de manera uniforme en relación con los datos de recursos humanos de todo el SALUD, con una arquitectura tecnológica basada en estándares y las últimas tecnologías de

mercado y que posibilita crear nuevos canales de comunicación que permitan la continua interacción entre la administración y el empleado público.

Gracias a estos factores el SALUD afronta una segunda fase de proyecto orientada a mejorar la versión actual y el conjunto de sus procedimientos y proceder a desarrollar el conjunto de informes e indicadores de explotación de los datos de recursos humanos residentes en SIRHGA que permitan dimensionar un cuadro de mando para la dirección y con ello no solo conocer la situación actual, sino poder establecer planificaciones a futuro.

Aplicativo GPT

El aplicativo GPT es la herramienta de gestión y planificación de turnos definido para el seguimiento de tiempos (presencias, vacaciones, días de libre disposición, festivos, noches, días de libranza, reducciones de jornada, guardias, turnos, horas sindicales, permisos, incapacidad temporal, etc.) de los empleados adscritos a los centros hospitalarios del SALUD. Dicho aplicativo se integra con SIRHGA de tal modo que el control horario y sus posibles repercusiones en nómina no son necesarios grabarlos manualmente sino que se integran en el sistema de forma automática mediante un volcado nocturno.

Dicho aplicativo está parametrizado de forma que todas las unidades del hospital tanto de enfermería, como facultativos y personal no sanitario sean integrados en este sistema.

Actualmente la situación del proyecto es la siguiente:

- Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa en producción.
- Hospital Univ. Miguel Servet (general, materno-infantil y trauma) en producción (pero sin unidades de facultativos).
- Hospital San Jorge, CRP Santo Cristo de los Milagros y Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca) en producción hasta 11/2011 dado que con el arranque de SIRHGA se está trabajando en la necesaria actualización del producto y cambio de integración desde el sistema antiguo.
- Hospital de Alcañiz en fase de arranque (10 unidades piloto). Puesta en producción de todo el Hospital en 01/2012.

Los centros en los que queda pendiente implantar GPT son:

- Hospital de Barbastro.
- Hospital de Calatayud.
- Hospital Ntra. Sra. de Gracia.
- Hospital Obispo Polanco, CRP San Juan de Dios y Hospital de San José (Teruel).
- Hospital Royo Villanova.

Canales de comunicación entre el SALUD y sus empleados.

El SALUD debería apostar por potenciar la transmisión de información de manera activa con sus empleados con el objetivo de garantizar un flujo de información ágil y eficaz entre todos los niveles de la organización, además de potenciar la comunicación formal e informal entre las personas como fuente de confianza, credibilidad y compromiso, ya que en la actualidad escasamente existen.

El tamaño del organismo, alrededor de 20.000 empleados, y su estructuración en organizaciones de servicios hace necesario reforzar el esfuerzo en este aspecto, más aún teniendo en cuenta que la comunicación entre las personas es una de las herramientas que consigue implicar, motivarlas y adquirir su compromiso con la organización a la que pertenecen. Además, ha de tenerse en cuenta la incidencia de los impactos informativos exteriores que reciben los empleados, no siempre ajustados a la realidad.

La aplicación y uso de los avances tecnológicos que se están produciendo en el área de las tecnologías de la información y comunicación y la implantación del SIRHGA, facilitan la transmisión de información a la vez que permiten almacenarla y gestionarla de manera más ágil y efectiva.

Puntos fuertes

- Apuesta firme del Gobierno de Aragón por las relaciones con su personal mediante el uso de redes telemáticas.
- Avances tecnológicos que se están produciendo, y en concreto la implantación del SIRHGA, que facilitará la gestión por medios telemáticos.
- Necesidad de la organización de establecer medios de comunicación directos con sus empleados.

Puntos débiles

- Desarrollo integrador que requiere tiempo y esfuerzo.
- Los empleados deben implicarse en su uso periódico para la información y relación por medios electrónicos con la organización.
- Se requiere una estrecha coordinación con los correspondientes departamentos en relación con el uso del Portal del Empleado y de las redes telemáticas en la administración autonómica.

Conflictividad y litigiosidad.

En relación con la litigiosidad que afecta al SALUD, se constata el hecho de que un alto porcentaje de la misma, es decir del número de asuntos que acaban en los tribunales de justicia —particularmente en la jurisdicción contencioso administrativa— se refieren a

materias propias de personal, cuya competencia corresponde, por tanto, al área de recursos humanos. Así de los 47 tipos de asuntos tramitados en 2011 el 92% (43) han correspondido a asuntos de personal frente al 8% (4) referidos al área de gestión económica. Porcentaje que no sufre una modificación significativa si atendemos al número de recursos contencioso-administrativos tramitados en el mismo ejercicio (556): el 16% (89) de gestión económica frente al 84% (467) de recursos humanos.

De dichos datos se desprende de forma clara la necesidad, para una mejor coordinación del Servicio de Régimen Jurídico, de que éste pase a integrarse en la estructura orgánica de la Dirección de Recursos Humanos de SALUD, lo que exigiría una modificación del actual Decreto de estructura del SALUD.

Asimismo, el análisis de la litigiosidad muestra un notable aumento de la misma entre los años 2008 y 2011, como se puede apreciar en el siguiente cuadro comparativo.

Procedimientos administrativos y judiciales tramitados en el servicio de régimen jurídico.

	2008	2009	2010	2011
Reclamaciones previas	30	21	20	6
Recursos de reposición	2	2	18	2
Recursos de alzada	532	1.696	1.406	1.515
Demandas jurisdicción social	25	12	7	8
Recursos contencioso-administrativos	191	115	336	556

Respecto de los principales motivos de recurso, aparte de las reclamaciones individuales de una variada y numerosa casuística, se aprecia un gran aumento del número de recursos contencioso-administrativos en materia de recursos humanos relacionados con asuntos que en los últimos años han afectado a un gran número de trabajadores o a conflictos colectivos, como pueden ser la carrera profesional, el reconocimiento de trienios, el abono del descanso semanal, los procesos de selección y de movilidad voluntaria, reingresos provisionales o la bolsa de contrataciones temporales, entre otros.

14.3 Formación y desarrollo profesional.

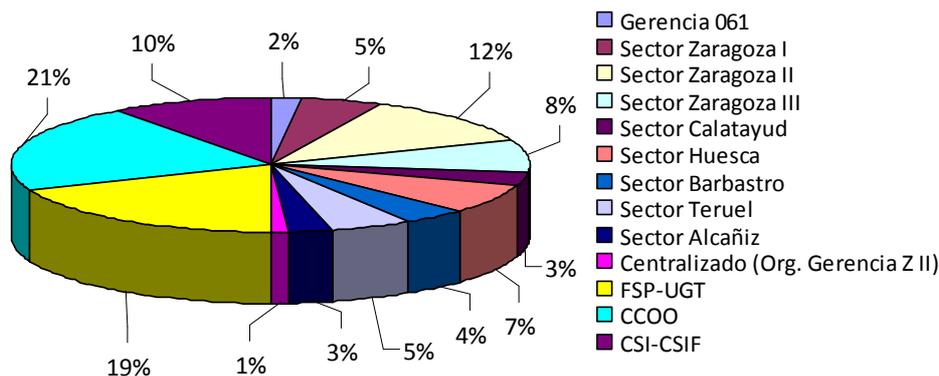
Formación.

La acción formativa se configura como una de las más importantes estrategias de la política de recursos humanos, máxime considerando el alto grado de especialización de los colectivos sanitarios, lo que determina tanto un elevado grado formativo como la necesidad de continua adquisición de conocimientos y habilidades que mejoren las competencias profesionales en un entorno cada vez más dinámico por los avances científicos, las innovaciones tecnológicas y las exigencias organizativas y sociales.

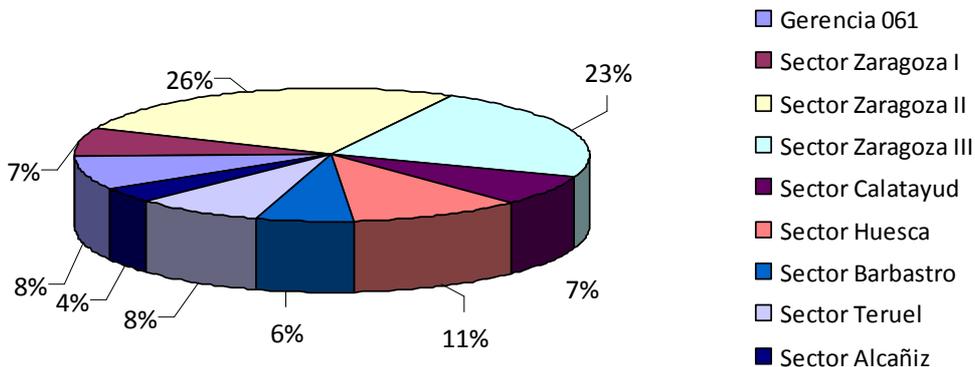
Para el plan de formación de 2011, procedente del acuerdo de formación para el empleo de las administraciones públicas de 22/03/2010 (BOE de 17/06), se ha contado con un presupuesto

total de 630.549,15 € siendo directamente responsables del 50% del mismo (315.274,57 €) y el resto es responsabilidad de las organizaciones sindicales. A esto habría que añadir 199.804,32€ de fondos SALUD.

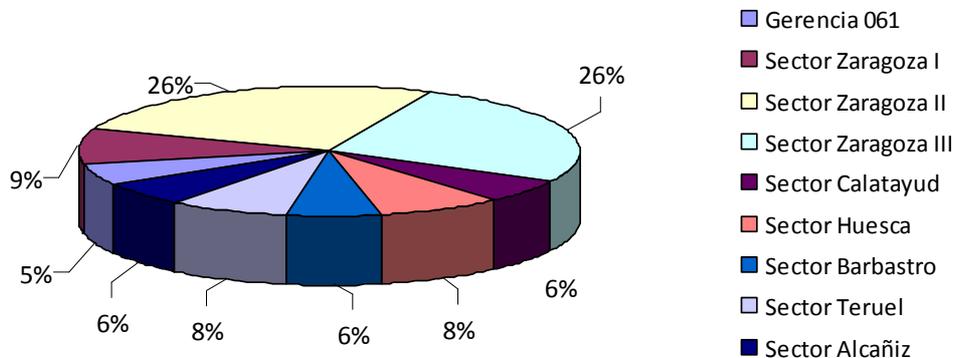
Distribución de fondos del acuerdo de formación para el empleo



Distribución de fondos SALUD



Distribución de fondos PRL



El análisis y explotación de los datos contenidos en las memorias de formación del período 2008/2010, elaboradas recientemente, además de otras actuaciones, van a contribuir al objetivo final de elaboración de un **plan integral de formación continua** para los profesionales.

Por su parte, la aprobación del plan de formación continua para el presente ejercicio está pendiente de la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado del año 2012 (fondos MAP). El volumen exacto de actividades formativas que finalmente integren dicho plan queda condicionado a la disponibilidad presupuestaria.

Puntos fuertes

- Protocolo de gestión consensuado con todos los actores.
- Herramientas informáticas contrastadas por su uso en Instituto Aragonés de la Administración Pública y servicios centrales.
- Experiencia adquirida.
- Existencia en los sectores de personal experto en gestión de formación.
- Desarrollo de plataforma moodle.
- Impulso a las sesiones clínicas.
- Implicación de los responsables de FC en los sectores y en servicios centrales.
- Grupo de trabajo para la acreditación única.
- Mayor accesibilidad para formación.
- Docentes cualificados y expertos.
- Docentes y alumnos comparten lenguaje, conocimiento organizativo,...

Puntos débiles

- Falta de implantación herramientas informáticas en sectores.
- Limitaciones en el acceso a la formación de determinados profesionales (aislamiento, desconocimiento informático,...).
- Incompleto mapa de competencias profesionales.
- Ausencia de evaluación de impacto de la formación.
- Falta de reconocimiento suficiente en carrera profesional y baremos de méritos.
- Carencia de un plan de implantación y desarrollo del uso de plataforma moodle.

- Reducción de honorarios docentes.
- Riesgo de minoración de la actividad asistencial versus docencia.
- Se abaratan costes formación continua.

Carrera profesional.

Mediante sendos acuerdos en materia de carrera profesional entre el SALUD y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad, se aprobó el modelo de carrera profesional para los licenciados y diplomados sanitarios (acuerdo de 13/11/2007, BOA 07/12), y para el personal sanitario de formación profesional y el personal de gestión y servicios (acuerdo de 26/06/2008, BOA 30/07).

La fase inicial de implantación hasta el tercer nivel, por la mera antigüedad en la correspondiente categoría estatutaria, concluyó el 01/01/2010 para licenciados y diplomados sanitarios y el 01/07/2011 para el personal sanitario de formación profesional y de gestión y servicios, con los siguientes reconocimientos:

Grupo	Categoría	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Total
Sanitario de FP	Auxiliar de enfermería	204	407	2.097	2.708
	TS Anat. patológica y citología	1	3	15	19
	TS Anatomía patológica	5	2		7
	TS higiene bucodental		1		1
	TS laborat. de diagnóstico clínico	18	15		33
	TS higiene bucodental	4	5	2	11
	TS laborat. de diagnóstico clínico	4	21	125	150
	TS Medicina nuclear	2	1	1	4
	TS Radiodiagnóstico	18	30	89	137
	TS Radioterapia	8		4	12
Total		264	485	2.333	3.082
Diplomado	Enfermera	152	550	3.646	4.348
	Fisioterapeuta	6	28	95	129
	Logopeda	1	1	1	3
	Matrona	10	19	112	141
	Terapeuta ocupacional	5	4	10	19
Total		174	602	3.864	4.640
Licenciado	Adjunto FE anestesiología y reanimación	1			1
	Adjunto FE hematología y hemoterapia		1		1
	Adjunto FE medicina intensiva	1	1		2
	Adjunto FE neurología		1		1
	Adjunto FE oncología médica	1			1
	Adjunto FE pediatría		1		1
	Adjunto FE radiodiagnóstico		1		1
	Adjunto FEA		7	2	9
	FE cupo análisis clínicos			1	1
	FE cupo bioquímica clínica		1	1	2
	FE cupo cirugía general y del ap. digestivo		1	9	10
	FE cupo cirugía ortopédica y traumatología			3	3
	FE cupo dermatología			1	1
	FE cupo endocrinología y nutrición		1		1
	FE cupo obstetricia y ginecología			17	17

Grupo	Categoría	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Total
	FE cupo oftalmología			10	10
	FE cupo otorrinolaringología			6	6
	FE cupo urología			3	3
	FE alergología		1	6	7
	FE análisis clínicos	1	3	35	39
	FE anatomía patológica	1	6	36	43
	FE anestesiología y reanimación	29	28	83	140
	FE angiología y cirugía vascular	3	3	14	20
	FE aparato digestivo	9	10	32	51
	FE bioquímica clínica	2	1	42	45
	FE cardiología	11	12	34	57
	FE cirugía cardiovascular	2	2	3	7
	FE cirugía general y del ap. digestivo	12	8	82	102
	FE cirugía oral y maxilofacial	1		6	7
	FE cirugía ortopédica y traumatología	16	14	64	94
	FE cirugía pediátrica	1		11	12
	FE cirugía plástica, estética y reparadora	1		6	7
	FE cirugía torácica		1	3	4
	FE cupo oftalmología			1	1
	FE nefrología		1		1
	FE dermatología med-quir. y venerología	1	3	22	26
	FE endocrinología y nutrición	1	6	15	22
	FE farmacia hospitalaria	6	4	17	27
	FE farmacología clínica			2	2
	FE geriatría	3	3	8	14
	FE ginecología			1	1
	FE hematología y hemoterapia	1	8	37	46
	FE inmunología			1	1
	FE medicina del trabajo	1	2	4	7
	FE medicina física y rehabilitación	3	3	28	34
	FE medicina intensiva	14	13	44	71
	FE medicina interna	7	8	67	82
	FE medicina nuclear	1	1	7	9
	FE medicina preventiva y salud pública	2	3	14	19
	FE microbiología y parasitología		2	37	39
	FE nefrología		3	23	26
	FE neumología	2	5	34	41
	FE neurocirugía	2	3	10	15
	FE neurofisiología clínica			12	12
	FE neurología	2	3	29	34
	FE obstetricia y ginecología	12	15	84	111
	FE oftalmología	9	12	52	73
	FE oncología médica	9	5	7	21
	FE oncología radioterápica	1	2	10	13
	FE otorrinolaringología	1	9	35	45
	FE pediatría	6	3	56	65
	FE psicología clínica	1	4	30	35
	FE psiquiatría	12	12	57	81
	FE radiodiagnóstico	5	13	103	121
	FE radiofísica hospitalaria	1		8	9
	FE reumatología	2	3	15	20
	FE urología	7	9	45	61
	FEA	1	2	1	4
	FEA jefe unidad trasplante		1		1

Grupo	Categoría	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Total
	Farmacéutico	1	3	2	6
	Medico de admisión y documentación clínica	1	1	22	24
	Medico de familia de AE	2	5	23	30
	Medico de familia de AP	16	84	822	922
	Medico de urgencia hospitalaria	12	7	42	61
	Medico de urgencias en AP	18	23	51	92
	Odontostomatólogo		8	12	20
	Odontostomatólogo cupo			3	3
	Pediatra de AP	23	26	103	152
	Técnico de salud pública		1	4	5
Total		278	423	2.510	3.211
Gestión y servicios	Albañil	1	2	5	8
	Bibliotecario			1	1
	Calefactor	2	8	27	37
	Carpintero		1	4	5
	Celador	95	86	618	799
	Cocinero	3	9	25	37
	Conductor	3	4	18	25
	Controlador de suministros			4	4
	Costurera	1	4	24	29
	Electricista	2	10	48	60
	Fontanero		1	13	14
	Fotografo		1	1	2
	Gobernanta	1	3	21	25
	Grupo administrativo (F. admtnva.)	8	18	180	206
	Grupo auxiliar admtnvo. (F. admtnva.)	103	112	993	1.208
	Grupo gestion (F. admtnva.)	1	5	61	67
	Grupo tecnico (F. admtnva.)	2		18	20
	Ingeniero superior		1	3	4
	Ingeniero tecnico	2	2	8	12
	Jefe de unidad con retrib. estatutarias			3	3
	Lavandera		2	29	31
	Limpiadora	2	1	15	18
	Locutor			2	2
	Maestro industrial			3	3
	Mecanico	5	8	14	27
	Monitor	1	1	5	7
	Oficial 1ª			1	1
	Peluquero			2	2
	Peón	1		3	4
	Personal técnico no titulado			2	2
	Personal técnico titulado grado medio		1	2	3
	Personal técnico titulado superior			2	2
	Pesd con retribuciones estatutarias	2	1	21	24
	Pinche	23	31	204	258
	Pintor		2	7	9
	Planchadora	1	5	62	68
	Psicologo		1		1
	Telefonista		9	44	53
	Trabajador social	2	5	51	58
Total		261	334	2.544	3.139
Total general		977	1.844	11.251	14.072

En la actualidad, por razones de interés público derivadas de una alteración sustancial de las circunstancias económicas en que se suscribieron los citados acuerdos y mediante sucesivas Leyes de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón, han devenido inaplicables, durante los ejercicios 2010 y 2011, los apartados referidos a la retribución del cuarto nivel de carrera profesional para licenciados y diplomados sanitarios y del tercer nivel de carrera profesional para profesionales sanitarios de formación profesional y de gestión y servicios.

No obstante, en fecha 10/03/2010, se alcanzó un acuerdo en la Mesa Sectorial de Sanidad para proceder al reconocimiento del cuarto nivel mediante el sistema de evaluación, por lo cual, se emitió la Resolución de 12/03/2010, de la Dirección Gerencia del SALUD (BOA 25/03), por la que se regula el procedimiento de acceso y cambio de nivel de carrera profesional de licenciados y diplomados sanitarios y se vienen presentando solicitudes cada seis meses que se encuentran pendientes de evaluar. Respecto al personal sanitario de formación profesional y de gestión y servicios, no se ha establecido el preceptivo procedimiento de acceso y cambio de nivel de carrera profesional.

Puntos fuertes

- Derecho a la carrera profesional del personal fijo del Servicio Aragonés de Salud: Ley 7/2007, de 12-4, del Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 55/2003, de 16-12, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y Acuerdos en materia de carrera profesional suscritos por el SALUD con los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad ratificados por el Gobierno de Aragón.
- Situación socioeconómica actual que favorece el desarrollo de modelos orientados a la evaluación del desempeño del puesto de trabajo y el sistema de carrera establecido permite la evaluación de los resultados del desempeño profesional individual, o, en su caso, la contribución del profesional al cumplimiento de los objetivos del Servicio, EAP o Unidad al que esté adscrito.

Puntos débiles

- Se halla pendiente de desarrollar el apartado relativo a la Actividad asistencial del sistema de evaluación de la carrera profesional para licenciados y diplomados sanitarios, y el procedimiento de acceso y cambio de nivel de carrera profesional de personal sanitario de formación profesional y el personal de gestión y servicios pendiente de establecer.
- Falta de experiencia en la evaluación de los méritos de los profesionales para acceder a los diferentes niveles de carrera.
- Reconocimiento del desarrollo profesional de los empleados de los Servicios de Salud mediante evaluación de los méritos correspondientes hasta el último nivel de carrera en la mayoría de las Comunidades Autónomas.
- Pretensión manifestada de reconocimiento del nivel IV de carrera profesional por la mera antigüedad, sin llevar a cabo la evaluación correspondiente a los méritos exigibles para dicho nivel, por lo que el desarrollo profesional podría convertirse en una doble retribución de la antigüedad, trienios y carrera profesional.

14.4 Percepción de los profesionales.

En general, los profesionales del SALUD tienen una percepción positiva de su trabajo y se sienten orgullosos del mismo (89%), conocen sus responsabilidades y funciones (92%) y consideran que vale la pena esforzarse (78%).

Dos tercios de los encuestados manifiestan no recibir o recibir poca información de los resultados de su trabajo, ni participar en las decisiones relativas a su centro, y la mitad de los trabajadores dicen conocer poco o nada sobre los objetivos del contrato de gestión.

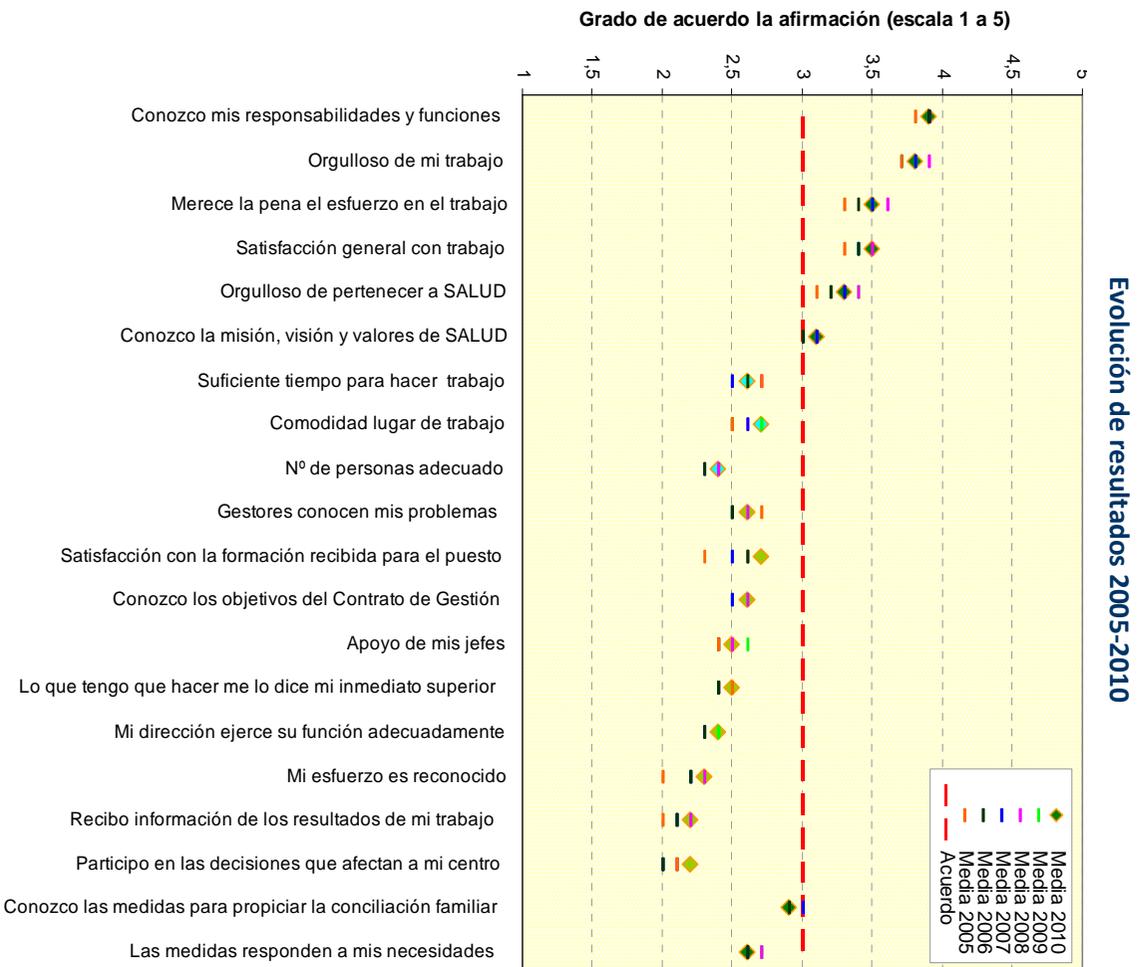
La mitad considera que no cuenta con el apoyo de sus jefes, ni siente reconocido su esfuerzo. La formación recibida para el puesto satisface al 55% de los encuestados. También cerca de la mitad no encuentran su lugar de trabajo cómodo física o ambientalmente.

El 75% de los trabajadores están orgullosos en mayor o menor medida de pertenecer al SALUD.

La opinión de los profesionales no ha variado sustancialmente y los puntos clave de mejora del clima laboral están centrados en la motivación y la comunicación, en la atención a las necesidades formativas, a la adecuación de recursos humanos, a la organización del trabajo, y a la difusión de objetivos, resultados, ofertas de formación, etc. sin menoscabo de otros puntos como la comodidad del lugar de trabajo.

Estas líneas de mejora son comunes en todos los ámbitos, centros y sectores. También han de extenderse a todas las categorías profesionales, incluyendo especialmente a los grupos C, D y E, grupos que se sienten más orgullosos de pertenecer a la organización.

Por otro lado, se constata un número creciente de actuaciones irrespetuosas por parte de algunos pacientes que pueda llegar, incluso, a situaciones de violencia física o verbal que puede perturbar el normal desempeño de las funciones de los profesionales, lo cual aconseja la adopción de medidas que salvaguarden su integridad personal y su adecuado desarrollo profesional.



14.5 Recursos humanos asistenciales comparados.

Atención primaria: medicina de familia.

	Profesionales	% mujeres	Ratio TSI asignadas	Profesionales /10.000 TSI	Población protegida
Andalucía	4.836	40%	1.434	6,97	6.934.824
Aragón	998	46%	1.160	8,62	1.157.680
Asturias	670	52%	1.446	6,92	968.820
Baleares	528	48%	1.669	5,99	881.232
Canarias	1.141	47%	1.467	6,82	1.673.847
Cantabria	363	47%	1.353	7,39	491.139
Castilla y León	2.384	44%	931	10,74	2.219.504
Castilla-La Mancha	1.409	41%	1.259	7,94	1.773.931
Cataluña	4.431	-	1.432	6,98	6.345.192
Com. Valenciana	2.713	46%	1.509	6,63	4.093.917
Extremadura	811	38%	1.184	8,45	960.224
Galicia	1.896	45%	1.312	7,62	2.487.552
Madrid	3.524	68%	1.527	6,55	5.381.148
Murcia	827	43%	1.484	6,74	1.227.268
Navarra	379	52%	1.408	7,10	533.632
País Vasco	1.437	51%	1.766	5,66	2.537.742
La Rioja	226	41%	1.188	8,42	268.488
Ceuta y Melilla	68	34%	1.536	6,51	104.448
España	28.641	48%	1.398	7,15	40.040.118

Atención primaria: pediatría.

	Profesionales	% mujeres	Ratio TSI asignadas	Profesionales /10.000 TSI	Población protegida
Andalucía	1.128	63%	1.087	9,20	1.226.136
Aragón	169	70%	1.004	9,96	169.676
Asturias	128	66%	802	12,47	102.656
Baleares	139	60%	1.076	9,29	149.564
Canarias	306	64%	943	10,60	288.558
Cantabria	76	67%	1.019	9,81	77.444
Castilla y León	283	70%	910	10,99	257.530
Castilla-La Mancha	251	59%	1.033	9,68	259.283
Cataluña	1.005	-	1.164	8,59	1.169.820
Com. Valenciana	766	68%	976	10,25	747.616
Extremadura	135	63%	971	10,30	131.085
Galicia	324	63%	965	10,36	312.660
Madrid	886	74%	1.093	9,15	968.398
Murcia	239	62%	990	10,10	236.610
Navarra	101	73%	964	10,37	97.364
País Vasco	320	65%	908	11,01	290.560
La Rioja	44	75%	892	11,21	39.248
Ceuta y Melilla	25	48%	1.103	9,07	27.575
España	6.325	66%	1.037	9,64	6.559.025

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI): sistema de información de atención primaria, 2010.

Atención primaria: enfermería.

	Profesionales	% mujeres	Ratio TSI asignadas	Profesionales /10.000 TSI
Andalucía	4.639	64%	1.760	5,68
Aragón	949	86%	1.399	7,15
Asturias	744	83%	1.440	6,94
Baleares	547	83%	1.885	5,31
Canarias	1.170	-	1.678	5,96
Cantabria	378	86%	1.504	6,65
Castilla y León	2.110	84%	1.158	8,64
Castilla-La Mancha	1.469	67%	1.377	7,26
Cataluña	5.016	-	1.498	6,68
Com. Valenciana	2.828	73%	1.712	5,84
Extremadura	900	67%	1.200	8,33
Galicia	1.819	80%	1.532	6,53
Madrid	3.280	87%	1.935	5,17
Murcia	794	63%	1.843	5,43
Navarra	452	96%	1.396	7,16
País Vasco	1.570	91%	1.802	5,55
La Rioja	225	92%	1.368	7,31
Ceuta y Melilla	80	83%	1.650	6,06
España	28.970	0,77	1.606	6,23

* Estimación a partir de los datos anteriores.

MSPSI: sistema de información de atención primaria, 2010.

Indicadores de personal vinculado a centros con régimen de internado.

Es conocida la carencia de un buen sistema de información de profesionales sanitarios de ámbito estatal, particularmente en lo referente a atención hospitalaria. De hecho, algunos intentos de análisis comparativo se han visto cuestionados no tanto por la calidad metodológica sino por la inconsistencia de las fuentes de datos.

En las tablas siguientes se recoge la información publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, que incluye el personal total de los establecimientos de asistencia especializada (tanto de titularidad pública como privada).

Se considera personal vinculado al que depende del centro mediante contrato, ya sea como funcionario, laboral, estatutario, o de otro tipo, desarrollando su actividad en jornada completa aunque su cómputo semanal sea inferior a 36 horas semanales; o en jornada a tiempo parcial. Incluye, en centros del sector público, al personal que desarrolla su labor en los centros de especialidades dependientes del hospital. No incluye el personal colaborador, es decir, el que no tiene ningún tipo de contrato con el hospital, por tanto no recibe retribuciones salariales.

	Médicos				Médicos internos resid.		
	Número	/1.000 habit.	/100 camas	% SNS ¹	Número	/1.000 habit.	/100 camas
Andalucía	11.702	1,43	60,17	92,23	2.897	0,35	14,9
Aragón	2.904	2,2	57,56	92,36	578	0,44	11,46
Asturias	2.224	2,1	59,29	92,36	395	0,37	10,53
Baleares	1.952	1,82	58,41	87,96	297	0,28	8,89
Canarias	3.431	1,64	49,65	82,45	652	0,31	9,43
Cantabria	1.040	1,8	51,13	94,13	302	0,52	14,85
Castilla y León	4.506	1,79	50,03	95,87	928	0,37	10,3
Castilla-La Mancha	4.068	2	75,56	97,71	791	0,39	14,69
Cataluña	15.848	2,17	52,2	89,68	3.383	0,46	11,14
Com. Valenciana	8.236	1,64	67,54	91,79	1.768	0,35	14,5
Extremadura	1.843	1,7	48,21	97,94	228	0,21	5,96
Galicia	5.039	1,84	51,09	92,86	980	0,36	9,94
Madrid	12.122	1,92	63,42	90,79	3.532	0,56	18,48
Murcia	2.373	1,63	52,63	94,35	443	0,31	9,82
Navarra	1.472	2,39	62,19	73,85	413	0,67	17,45
País Vasco	3.648	1,71	46,08	90,71	548	0,26	6,92
La Rioja	541	1,71	60,85	96,67	81	0,26	9,11
Ceuta y Melilla	228	1,59	64,23	100,00	1	0,01	0,28
España	83.177	1,81	56,85	91,37	18.217	0,4	12,45

	Diplomados en enfermería				Auxiliares de enfermería				Matronas	
	Número	/1.000 habit.	/100 camas	% SNS ¹	Número	/1.000 habit.	/100 camas	% SNS ¹	Número	/MEF ²
Andalucía	21.496	2,63	110,53	91,62	17.745	2,17	91,24	86,06	744	0,35
Aragón	5.261	3,99	104,28	93,61	4.546	3,45	90,11	87,73	122	0,4
Asturias	3.641	3,44	97,07	94,31	3.033	2,87	80,86	89,71	73	0,3
Baleares	3.754	3,49	112,33	80,66	3.352	3,12	100,3	79,18	79	0,28
Canarias	6.167	2,96	89,23	83,82	6.320	3,03	91,45	77,31	154	0,27
Cantabria	1.905	3,3	93,66	93,70	1.860	3,22	91,45	82,20	49	0,35
Castilla y León	8.031	3,2	89,16	93,34	6.226	2,48	69,12	87,21	179	0,31
Castilla-La Mancha	5.825	2,86	108,19	95,62	4.722	2,32	87,7	95,17	193	0,38
Cataluña	23.059	3,16	75,95	81,69	18.915	2,6	62,3	65,94	665	0,37
Com. Valenciana	13.231	2,64	108,5	90,17	10.124	2,02	83,02	86,22	456	0,36
Extremadura	3.009	2,78	78,71	96,41	2.696	2,49	70,52	95,14	89	0,34
Galicia	8.861	3,24	89,84	92,11	7.186	2,63	72,86	89,17	173	0,27
Madrid	21.382	3,39	111,87	87,16	17.505	2,78	91,59	80,83	678	0,42
Murcia	4.311	2,97	95,61	90,91	3.889	2,68	86,25	83,98	125	0,33
Navarra	2.872	4,66	121,34	66,85	2.096	3,4	88,55	67,27	86	0,59
País Vasco	6.269	2,94	79,19	85,42	4.919	2,3	62,14	78,96	176	0,35
La Rioja	958	3,03	107,76	95,09	789	2,49	88,75	93,28	29	0,38
Ceuta y Melilla	408	2,85	114,93	100,00	287	2,01	80,85	100,00	26	0,71
España	140.440	3,06	95,99	88,35	116.210	2,53	79,43	81,64	4.096	0,36

1 Vinculados al Sistema Nacional de Salud (el resto a centros privados).

2 Mujeres en edad fértil.

MSPSI: Estadísticas de establecimientos con régimen de internado (ESCRI), 2009.

Productividad hospitalaria comparada.

En 12/2006 la empresa IASIST elaboró la primera fase de un estudio que pretendía, en primer lugar, analizar el tamaño y la composición de las plantillas de trabajadores de los hospitales del SALUD a la luz de lo observado en grupos de hospitales de características similares y, como consecuencia, relacionar dicha información sobre la dotación de trabajadores con aspectos de coste y productividad.

Para ello se analizaba el indicador coste por unidad de producción hospitalaria ajustada (UPH), que relaciona el total de gasto real anual de un hospital (exceptuando amortizaciones de activos) con la producción realizada por dicho hospital, permitiendo comparar dicho coste obtenido para un hospital con el obtenido para un conjunto de hospitales de similares características, determinando así su nivel de eficiencia comparada.

Como conclusiones, planteaba que:

- Excepto los dos hospitales terciarios, todos los hospitales analizados presentan costes de personal por UPH superiores a los del estándar (entre un 9% y un 30%). Esa ineficiencia relativa observada se asocia en todos los casos a una menor productividad de los trabajadores respecto al estándar de comparación.
- La productividad por facultativo no se muestra —exceptuando los hospitales San Jorge y Obispo Polanco— muy por debajo de la observada en el estándar, denotando implícitamente una infradotación de facultativos por cama que pudiera estar limitando la productividad global del hospital (más facultativos a igualdad de productividad incrementarían la productividad global del centro y permitirían aprovechar el stock de personal de apoyo).
- Precisamente el personal de apoyo (incluyendo DUE, auxiliares clínicos y resto de personal) es el que se muestra permanentemente sobredotado respecto a lo observado en el estándar de comparación, tanto en términos absolutos (trabajadores por cama) como en términos relativos (% sobre el personal total).

Dado el tiempo transcurrido y los sustanciales cambios en los parámetros del estudio (modificaciones de dotaciones de personal y en los costes laborales, producto de mejoras salariales, como la carrera profesional o la atención continuada), resulta dudosa la vigencia de dichas conclusiones. Cabría, en todo caso, recuperar la metodología empleada y actualizar el análisis de productividad comparada.

14.6 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
14.1	Reordenación de plantillas.	X	X		
14.2	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			
14.3	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		
14.4	Promover el respeto a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor asistencial, mediante el reconocimiento legal como autoridad pública.	X			

		A	S	E	I
14.5	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. 				
14.6	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. 				
14.7	Renovación del acuerdo de derechos y garantías sindicales.				

15 Suficiencia financiera y sostenibilidad económica.

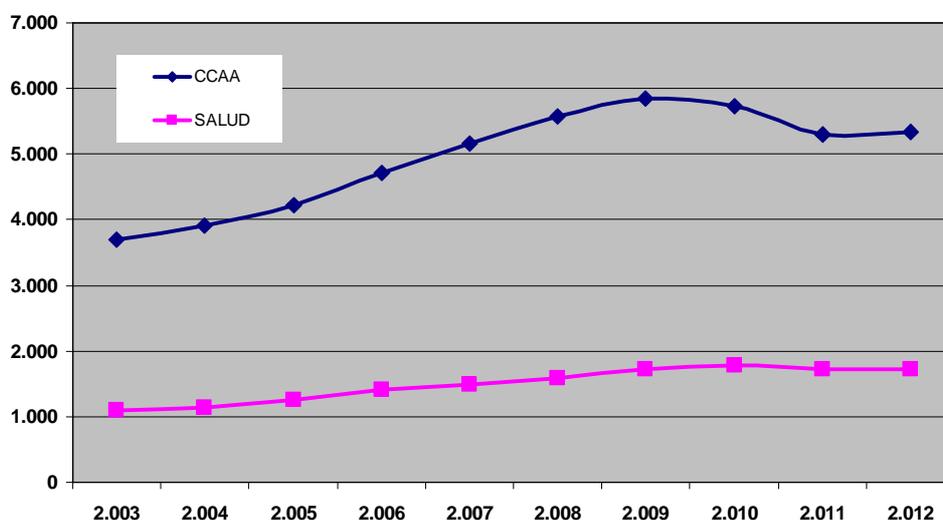
Este área de aplicación de las estrategias de actuación del SALUD tiene por finalidad describir y analizar, destacando los aspectos más relevantes, la evolución de los presupuestos y del gasto real de los centros que configuran este organismo autónomo estudiando la evolución de los conceptos que más peso tienen en la generación del gasto y estableciendo un diagnóstico de situación para aportar propuestas de actuación.

15.1 Evolución de presupuesto y gasto real.

Comparativo entre presupuestos iniciales de Comunidad Autónoma y SALUD.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CCAA	3.700	3.911	4.215	4.715	5.163	5.568	5.838	5.720	5.294	5.329
SALUD	1.102	1.143	1.246	1.410	1.480	1.580	1.716	1.770	1.716	1.724
%	29,78	29,21	29,56	29,91	28,68	28,38	29,40	30,93	32,41	32,35

Millones de €

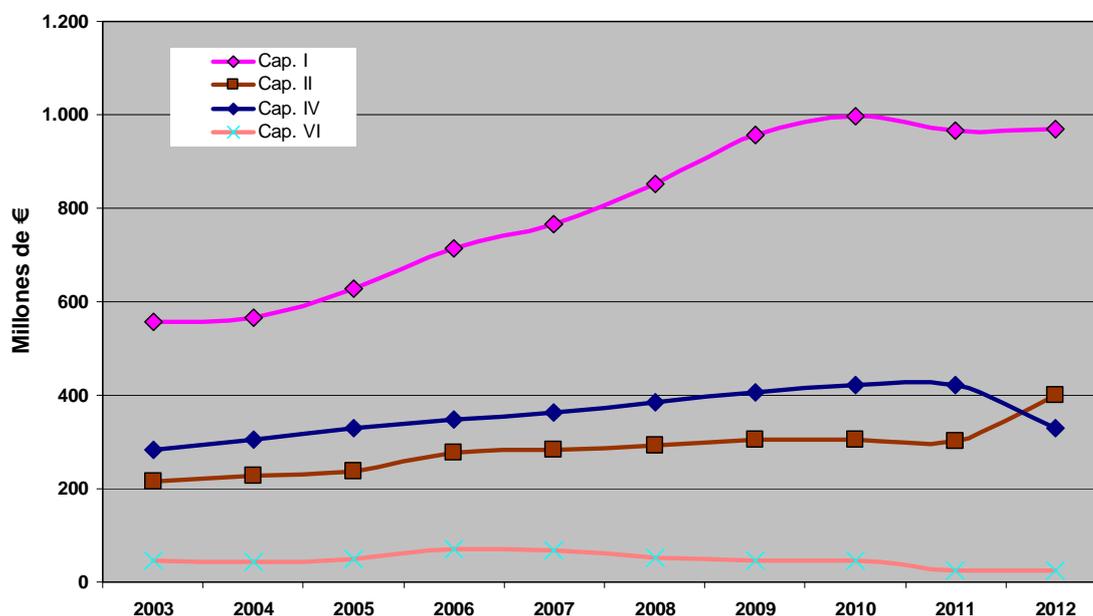


El gráfico describe el ámbito económico en el que se desenvuelve la actividad del SALUD, del año 2003 a 2012.

Evolución de los presupuestos iniciales (capítulos I, II, IV y VI).

Cap	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I	557.437	567.444	628.001	712.313	765.761	850.977	957.663	995.603	967.434	968.091
II	215.090	226.926	238.400	278.000	284.159	292.033	303.541	303.541	300.941	400.940
IV	282.527	304.970	329.221	348.000	362.359	383.990	406.984	422.984	422.963	330.538
VI	45.418	42.251	49.239	71.050	67.201	52.222	46.552	46.400	23.500	24.342
VII	1.292	1.017	1.017	1.017	1.017	1.017	1.417	1.065	780	0
Total	1.101.765	1.142.607	1.245.878	1.410.380	1.480.497	1.580.240	1.716.157	1.769.593	1.715.618	1.723.911

Miles de €



El Presupuesto de gastos del SALUD para el ejercicio 2012 asciende a 1.724 millones de euros, de los que 1.700 millones de euros se destinan a operaciones corrientes y 24 millones de euros a operaciones de capital, importes que representan, respectivamente, el 98,59 % y el 1,41 % del presupuesto total.

La variación del presupuesto del 2012 con respecto al del 2011:

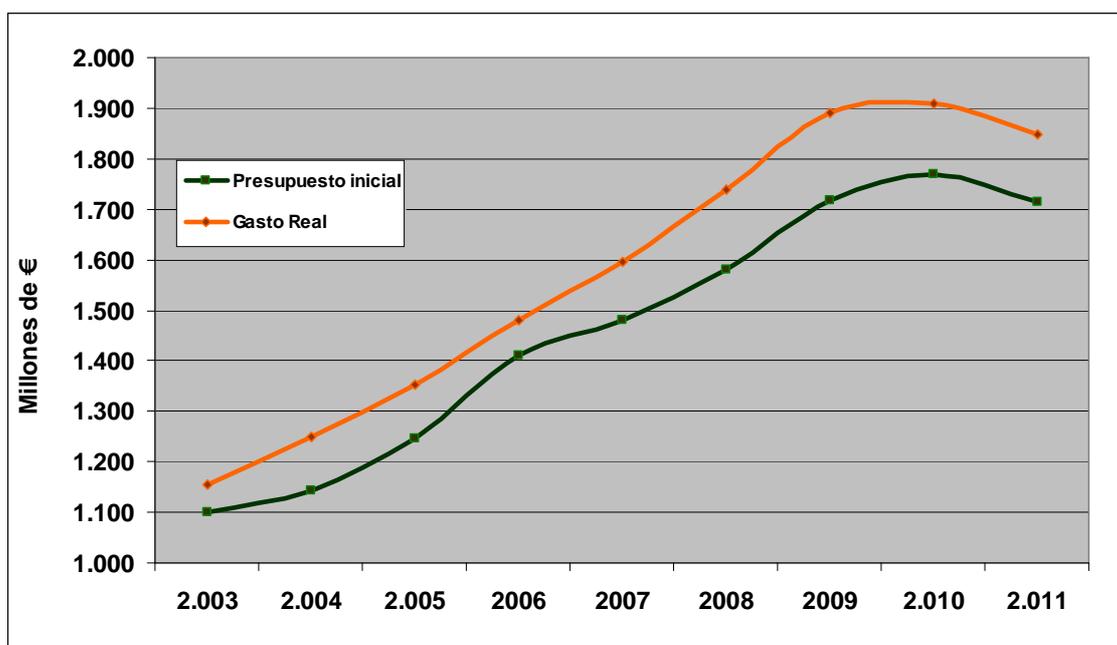
- Representa un incremento de global de 8,29 millones de euros, equivalente al 0,48%.
- En el capítulo I se observa que prácticamente no existe variación.
- En el capítulo II es de hacer notar el importante incremento, en 100 millones de euros.
- El capítulo IV por su parte ha sufrido una importante minoración de 92,4 millones de euros.
- En capítulo VI, prácticamente el 100% del importe destinado a obras en el presupuesto 2012 corresponde a obras plurianuales que ya se encuentran comprometidas y en marcha.
- Para el año 2012 no se cuenta con dotación económica en el capítulo VII.

Comparativo de presupuesto inicial con gasto real.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Pto. inicial	1.101.765	1.142.607	1.245.878	1.410.380	1.480.497	1.580.240	1.716.157	1.769.593	1.715.618
Gasto real	1.153.674	1.249.646	1.353.170	1.480.828	1.595.884	1.739.509	1.890.401	1.908.919	1.848.811
Diferencia	-51.909	-107.038	-107.292	-70.447	-115.387	-159.269	-174.243	-139.326	-133.193

Miles de €

*El gasto real del 2011 es estimado.



En gasto real está incluido tanto el de los centros asistenciales como los de los servicios centrales del SALUD. Los datos de gasto real del año 2011 son provisionales a falta del cierre de ejercicio en el momento de realización del estudio de este documento.

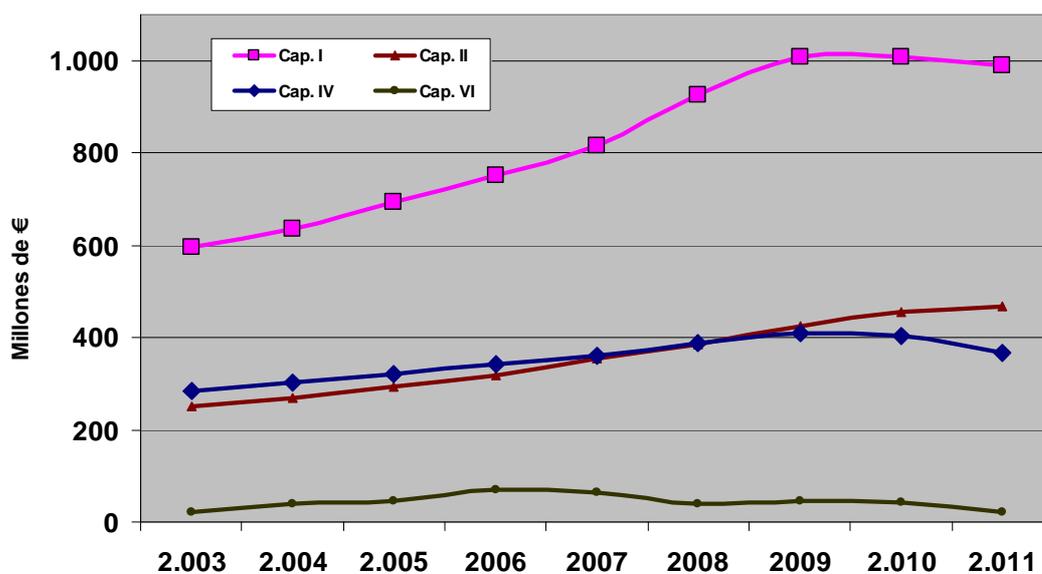
Se observa un desajuste histórico del presupuesto frente al gasto real, acercándose el presupuesto de cada año al gasto real del año anterior (superado incluso en el presupuesto del 2006), esta sistemática se rompe en los presupuestos del 2010 y 2011.

Evolución del gasto real por capítulos.

Capítulo	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
I	594.362	635.959	693.865	751.377	816.424	926.799	1.007.234	1.006.993	991.494
II	251.884	269.782	291.958	318.043	352.973	385.752	426.068	455.262	468.308
IV	283.742	302.307	320.984	341.029	361.770	387.239	409.268	402.753	366.678
VI	22.669	40.785	45.405	69.407	63.837	38.776	46.587	43.015	22.331
Total	1.152.657	1.248.833	1.352.212	1.479.856	1.595.004	1.738.565	1.889.158	1.908.023	1.848.811

Miles de €

*El gasto real del 2011 es estimado.



El Capítulo I es el peso más importante del presupuesto y el que más incremento ha experimentado en el periodo de estudio hasta el año 2010 cuando, a partir de junio, entró en vigor el RDL 8/2010 de medidas de contención del déficit público.

Los porcentajes que supone cada uno de los capítulos sobre el total del presupuesto del año correspondiente son:

Capítulo	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I	51,56%	50,92%	51,31%	50,77%	51,19%	53,31%	53,32%	52,78%	53,63%
II	21,85%	21,60%	21,59%	21,49%	22,13%	22,19%	22,55%	23,86%	25,33%
IV	24,62%	24,21%	23,74%	23,04%	22,68%	22,27%	21,66%	21,11%	19,83%
VI	1,97%	3,27%	3,36%	4,69%	4,00%	2,23%	2,47%	2,25%	1,21%

En el incremento del gasto real, que más adelante se explica en cada capítulo influyen, especialmente y de manera transversal en todos ellos, las nuevas acciones por apertura de centros, remodelación de los mismos, adecuación a cartera de servicios, etc., Sin pretender mostrar una relación exhaustiva:

- Reforma y ampliación del Hospital Univ. Miguel Servet.
- Apertura del centro de salud Amparo Poch, en 03/2008.
- Apertura del servicio de traumatología del Hospital Royo Villanova en el año 2009.
- Apertura del centro de salud Parque Goya II, en 06/2010.
- Apertura del centro de salud Valdespartera en 07/2010.
- Reforma y ampliación del Hospital de Barbastro con la apertura nueva Unidad de Cuidados Intensivos, en 10/2010.
- Apertura del centro de salud Actur Norte, en 11/2010.
- Ampliación de puestos de hemodiálisis (de 8 a 16) en el Hospital de Barbastro, en 2010.
- Remodelación y ampliación de bloque quirúrgico, UCI, REA, Unidad de CMA, planta de Cirugía y Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia en 2011.
- Ampliación del centro de salud La Jota, en 06/2011.
- Apertura de los centros de salud de Teruel Ensanche y Mora de Rubielos.
- Ampliación del centro de salud de Monreal del Campo.
- Puesta en marcha del triaje en las unidades de urgencias.

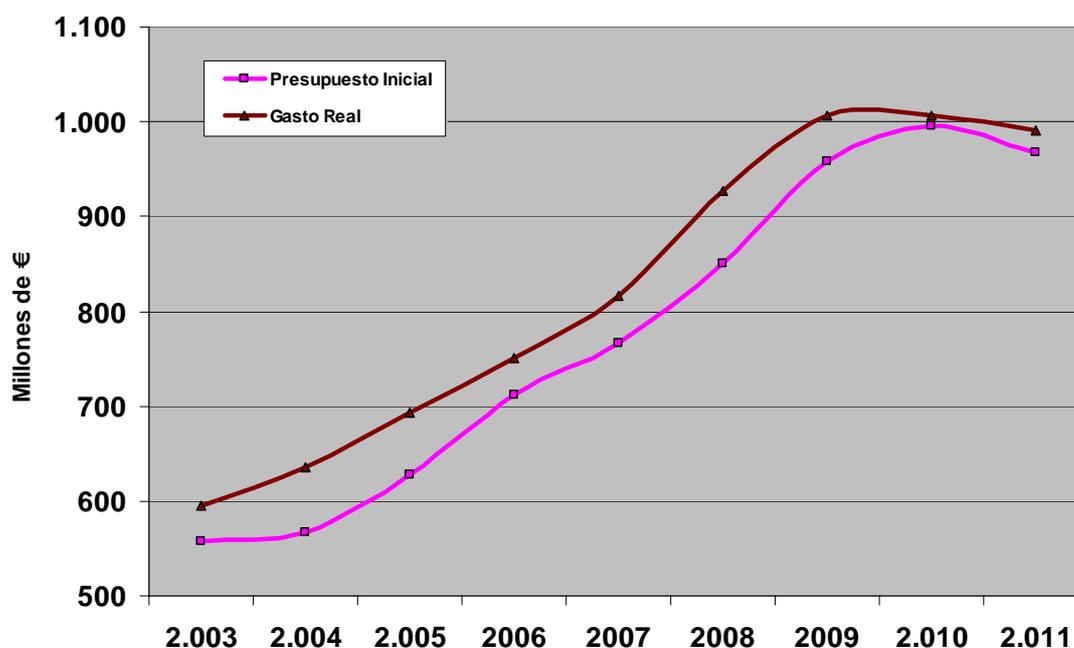
- Implantación de nuevas técnicas en cirugía, laboratorios, anatomía patológica.

Capítulo I: comparativo entre presupuesto inicial y gasto real.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Pto. inicial	557.437	567.444	628.001	712.313	765.761	850.977	957.663	995.603	967.434
Gasto real	594.362	635.959	693.865	751.377	816.424	926.799	1.007.234	1.006.993	991.494
Diferencia	-36.925	-68.516	-65.864	-39.064	-50.664	-75.822	-49.572	-11.390	-24.060

Miles de €

*El gasto real del 2011 es estimado.



Se observa en todos los años un presupuesto inicial por debajo del gasto real. Sólo en el año 2010 llegó a aproximarse aunque sin ser suficiente, si bien se debe tener en cuenta que la minoración retributiva que se produjo por el RD 8/2010 fue absorbida por los incrementos vegetativos.

En el año 2011 la insuficiencia de presupuesto para hacer frente al gasto real ha podido paliarse gracias a la disminución del gasto en capítulo IV que ha permitido realizar modificaciones de crédito del capítulo IV al capítulo I por importe de 23,4 millones de €. El resto de la insuficiencia ha quedado financiado por generación de créditos propios.

En el incremento del gasto real, han influido especialmente los siguientes factores:

- La implantación de los acuerdos sindicales de 2002-2004, 2005-2007 y 2008-2010. El acuerdo profesional sanitario firmado el 13 de noviembre de 2007 (BOA de 7-12-2007) entre el Servicio Aragonés de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad es el que supuso un mayor incremento retributivo fundamentalmente por el abono de un nuevo concepto retributivo, carrera profesional y el incremento del valor de la hora de guardia.

El incremento de la carrera profesional se hace patente en el 2008 con respecto a 2007, año en el que sólo se pagaban cantidades en concepto de anticipo provenientes de los acuerdos sindicales de 2004. Además en los últimos cuatro años (a pesar de la disminución del importe de este concepto en un 5% consecuencia del RDL 8/2010) este gasto se ha incrementado por las nuevas incorporaciones a la carrera profesional. Actualmente se está abonando hasta el nivel 3 a los licenciados y diplomados sanitario y el nivel 2 al resto de personal.

Desde la Ley de Presupuestos de 2010 se encuentra paralizada el reconocimiento de los niveles 4 a licenciados y diplomados y los niveles 3 y 4 al resto de personal.

- El Estatuto básico del empleado público, (EBEP) que otorgó derechos de cobro en materia de antigüedad al personal temporal y días de libre disposición añadidos a los preexistentes con el consiguiente impacto en las sustituciones sobretodo del personal de enfermería.
- Los compromisos adquiridos con los ciudadanos en materia de demoras ha impulsado programas como los complementos B y C destinados a incrementar la actividad en el primer paso y a optimizar la dotación estructural en el segundo. El programa de autoconcierto, destinado a contener las demoras ha supuesto un importante incremento. El porcentaje del incremento de ambos conceptos en el periodo estudiado, es:

2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
31,73%	56,26%	28,87%	2,92%	23,00%	11,15%	5,99%

- La exención de guardias ha tenido una especial relevancia en el gasto de los últimos años.

2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
42,32%	18,76%	12,17%	41,05%	15,95%	2,72%	7,50%

- El RDL 8/2010 de medidas de contención del déficit público que ha supuesto una disminución generalizada, desde junio de 2010 (un 5% de media de las retribuciones).
- La potenciación del servicio de urgencias en aplicación del Plan de Urgencias del Departamento ha supuesto un importante incremento en el número de profesionales con la consiguiente repercusión en el Capítulo I.
- Las plazas incrementadas, si bien se trata de gastos autorizados, todas ellas están pendientes de su creación en la correspondiente plantilla del centro sanitario lo que conlleva que todos estos profesionales tengan una relación laboral temporal con el Servicio Aragonés de Salud incrementando dicho epígrafe presupuestario.

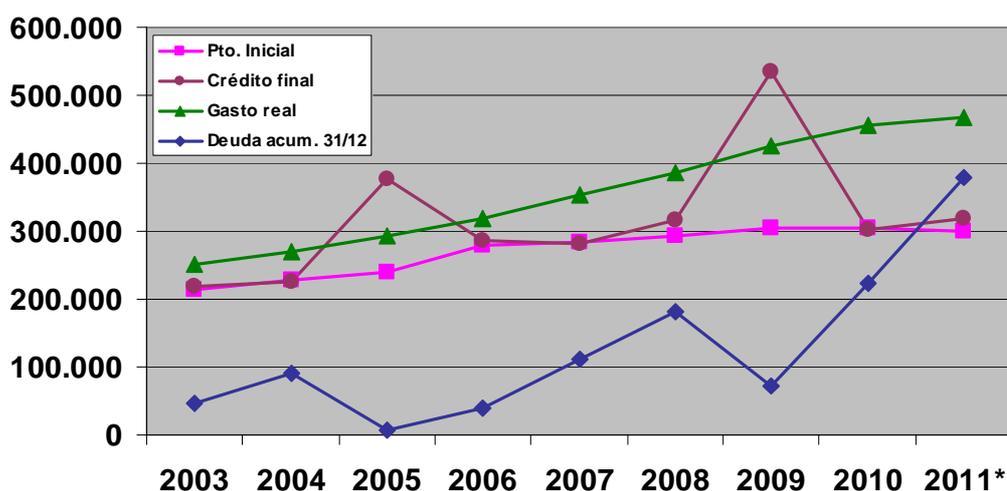
- El personal en formación MIR y EIR, también han incrementado el gasto (a pesar de la reducción de las retribuciones del RDL 8/2010) debido tanto a las mejoras retributivas como al número de plazas acreditadas para formación de especialistas.

Capítulo II: comparativo entre presupuesto inicial y gasto real.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Pto. Inicial	215.090	226.926	238.400	278.000	284.159	292.033	303.541	303.541	300.941
Crédito final	219.473	225.967	377.099	285.084	281.763	316.706	535.849	302.208	319.371
Gasto real	251.884	269.782	291.958	318.043	352.973	385.752	426.068	455.262	468.308
Deuda acum. 31/12	47.583	91.505	6.674	39.754	111.455	180.741	70.994	224.374	378.830

Miles de €

Los datos de crédito final, gasto real y deuda acumulada de 2011 son estimaciones.



En el estudio del capítulo II se han incluido, por su especial significado en el mismo, los importes de los créditos finales y la deuda.

Los presupuestos iniciales quedan por debajo del gasto real. Esta situación, sostenida en el tiempo, provoca un incremento acumulado de la deuda que, como se observa en el gráfico, ha hecho necesario contar con planes de saneamiento en los años 2005 y 2009. El de 2009 permitió poder atender el total del gasto corriente de ejercicio y sanear gran parte de la deuda anterior.

La deuda, normalmente se ha aplicado al presupuesto corriente del ejercicio siguiente, salvo la del 2010 que debido al volumen de la misma respecto al presupuesto del ejercicio corriente y a la priorización de proveedores por su volumen de ventas para atender pagos del ejercicio 2011, no fue posible su imputación a presupuesto en su totalidad.

La concesión de un suplemento de crédito para atender obligaciones pendientes de ejercicios anteriores, aprobado por el Gobierno de Aragón por Decreto-Ley 2/2011, de 29/12, publicado en BOA de 30/12/2011 y convalidado por Resolución de 18/01/2012, de las Cortes de Aragón, BOA de 25/01/2012, evitará la tendencia mostrada en el gráfico.

Por otro lado, la realización de medidas de gestión es fundamental para conseguir la confluencia entre el importe presupuestado y el gasto real.

En el incremento del gasto real han influido especialmente los siguientes factores:

- Incremento IPC que repercute con carácter general en la mayor parte de los bienes y servicios consumidos. En los últimos años, el IPC ha sido: en 2008, el 1,4%; en 2009, el 0,8%; en 2010, el 3%.
- El 01/07/2010, como consecuencia de la aplicación del RDL 8/2010 se incrementó en dos puntos el tipo general del IVA.
- Dentro del gasto de farmacia, el causante del incremento es el consumo generado por los denominados DPE-pacientes externos. En este grupo están incluidos los siguientes medicamentos:
 - Medicamentos de uso hospitalario.
 - Medicamentos extranjeros.
 - Medicamentos utilizados en condiciones fuera de indicación que requieran visado de inspección.
 - Medicamentos incluidos en las instrucciones de 18/02/2010, 17/08 y 01/03/2011 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Son medicamentos que reúnen condiciones para ser sometidos a una particular vigilancia, supervisión y control. Pasan al circuito de prescripción-dispensación hospitalaria.
 - Productos dietéticos para trastornos congénitos del metabolismo de los aminoácidos y lípidos incluidos en la Instrucción de 30 de agosto de 2010 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.
 - Medicamentos que se administran en hospital de día que no sean citostáticos, tales como inmunoglobulinas.
 - Medicamentos para administración intravítrea por oftalmología, tales como ranibizumab, pegagtinib e implante de dexametasona.
 - Toxina botulínica.
- El coste de los medicamentos para el tratamiento de algunas patologías para las que se dispensan éstos desde la Farmacia de los hospitales (pacientes externos) como hepatitis B, hipertensión pulmonar, hormona de crecimiento, profilaxis, metabolopatías congénitas,

terapias biológicas en dermatología y en digestivo, etc, han tenido un importante incremento, debido a tres factores:

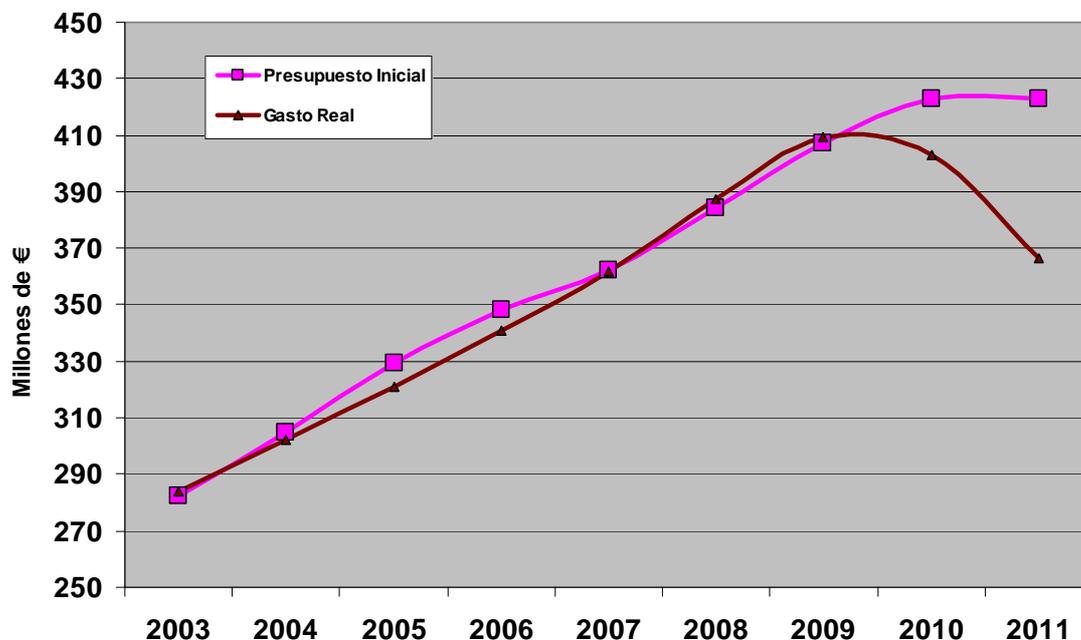
- El aumento del número de medicamentos por entrada en vigor de Instrucciones del Departamento de Salud y Consumo (antineoplásicos orales durante 2010; agentes nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de lípidos y Nutrición Parenteral a Centros Sociosanitarios de titularidad pública; el incremento en antipsicóticos por dispensación de risperidona inyectable a los centros de atención primaria y salud mental, etc)
- El aumento del número de pacientes en algunas patologías como sucede con las metabopatías congénitas y terapias biológicas en dermatología y digestivo.
- Por paso a nuevas líneas de fármacos.
- Aparición de nuevos materiales y nuevas técnicas para el tratamiento terapéutico y diagnóstico en cirugía (neurocirugía, hemodinámica, radiodiagnóstico...): tijeras ultrasónicas, bombas de insulinas, balones de dilatación en cirugía de colon, catéteres guía para angioplastia.
- Incorporación de nuevas técnicas en Servicios como Genética o Anatomía Patológica.
- Incremento de gasto en implantes, además del incremento de actividad constatado, por:
 - En traumatología por la incorporación de nuevas técnicas, menos cruentas, que implican el uso de nuevos materiales.
 - En cirugía cardiovascular por el uso de materiales tecnológicamente más avanzados y de mayor precisión.
 - En oftalmología y cirugía maxilofacial por incorporación de nuevas técnicas.
 - En otorrinolaringología la entrada en cartera de servicios de los recambios externos del implante coclear.
- Del incremento en conciertos destacan los de:
 - Hemodiálisis por la asunción del gasto del concierto con San Juan de Dios desde finales del año 2009 y que en 2011 ha supuesto un coste de 4 millones de euros.
 - Hospital de la Defensa, desde el 31/07/2008.
 - Oxigenoterapia por incremento de los pacientes que precisan estas terapias y el incremento de dispositivos móviles.

Capítulo IV: comparativo entre presupuesto inicial y gasto real.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Pto. inicial	282.527	304.970	329.221	348.000	362.359	383.990	406.985	422.984	422.963
Gasto real	283.742	302.307	320.984	341.029	361.770	387.239	409.268	402.753	366.678
Diferencia	-1.216	2.663	8.236	6.971	589	-3.249	-2.283	20.231	56.286

Miles de €

*El gasto real del 2011 es estimado.



El gasto más importante por su elevado importe es el que corresponde al concepto Gasto farmacéutico, que representa el 99,84% de este capítulo.

El presupuesto para gasto farmacéutico engloba los gastos abonados a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, Teruel y Zaragoza por la dispensación de recetas oficiales del Servicio Nacional de Salud en las oficinas de farmacia de Aragón.

Las medidas excepcionales para la reducción del déficit público y del gasto farmacéutico llevadas a cabo en los años 2010 y 2011: RDL 4/2010, de 26/03, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, RDL 8/2010, de 20/05, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público y RDL 9/2011, de 19/08, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, han supuesto una ruptura brusca en la evolución del gasto farmacéutico, que claramente se manifiesta en la gráfica.

Otros factores que ha contribuido a disminuir el gasto ha sido el programa del uso racional del medicamento en atención primaria (uso de genéricos, principio activo, novedades terapéuticas y del programa de calidad de la prescripción) y la derivación del gasto en farmacia de receta a la farmacia hospitalaria (traspaso de gasto de capítulo IV a capítulo II).

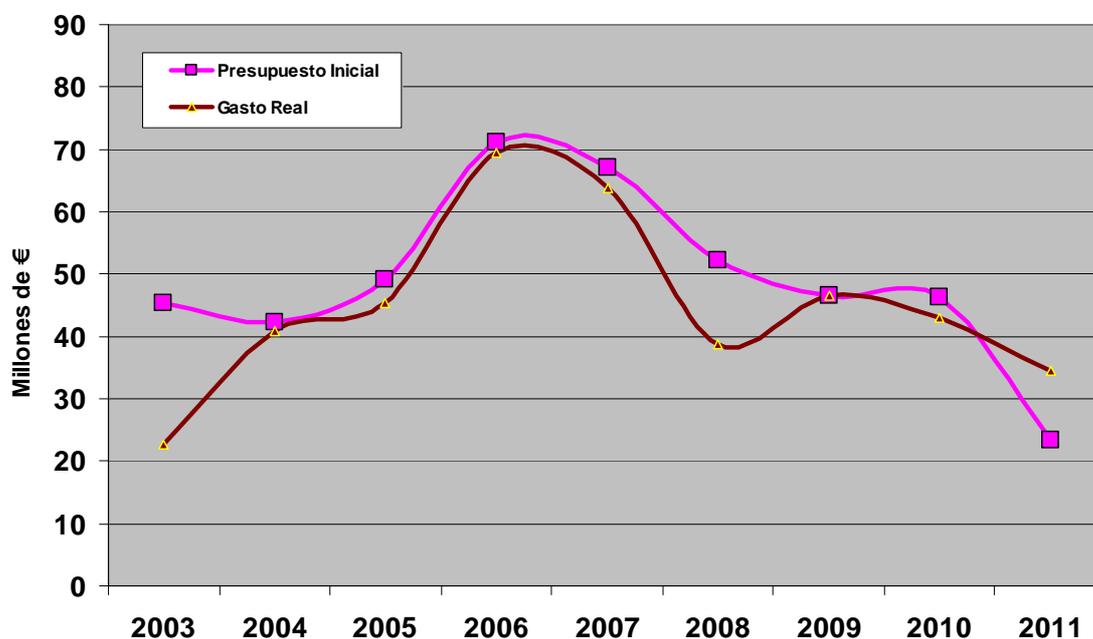
La importante disminución del gasto real que ha generado un superávit de más de 56 millones de euros ha permitido paliar la insuficiencia de crédito del capítulo I, financiar conciertos sanitarios y minorar la deuda de capítulo II.

Capítulo VI: comparativo entre presupuesto inicial y gasto real.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Pto. inicial	45.418	42.251	49.239	71.050	67.201	52.222	46.552	46.400	23.500
Gasto real	22.669	40.785	45.405	69.407	63.837	38.776	46.587	43.015	34.500
Diferencia	22.750	1.466	3.834	1.643	3.365	13.447	-35	3.385	11.000

Miles de €

*El gasto real del 2011 es estimado.



- En los años 2006 y 2007, el incremento se debe a la coincidencia de liquidaciones de la obra del Hospital Univ. Miguel Servet (obra principal de traumatología y consultas externas) y de los hospitales de Barbastro y del CRP de Huesca, así como el comienzo de las obras del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

- En el año 2010: finalización de la liquidación de obras del Hospital Univ. Miguel Servet, rehabilitación de Áctur Norte y obras del Hospital Nuestra Señora de Gracia y Barbastro.
- En el año 2011: finalización del Hospital Nuestra Señora de Gracia y liquidaciones del Centro de Especialidades Intermodal y del Hospital de Barbastro.
- En el año 2011 el gasto real es de 11 millones por encima del presupuesto inicial debido a la liquidación de las obras del Hospital Universitario Miguel Servet. Tal circunstancia tendrá efectos en el presupuesto de 2012 minorando su disponibilidad en esta cuantía.

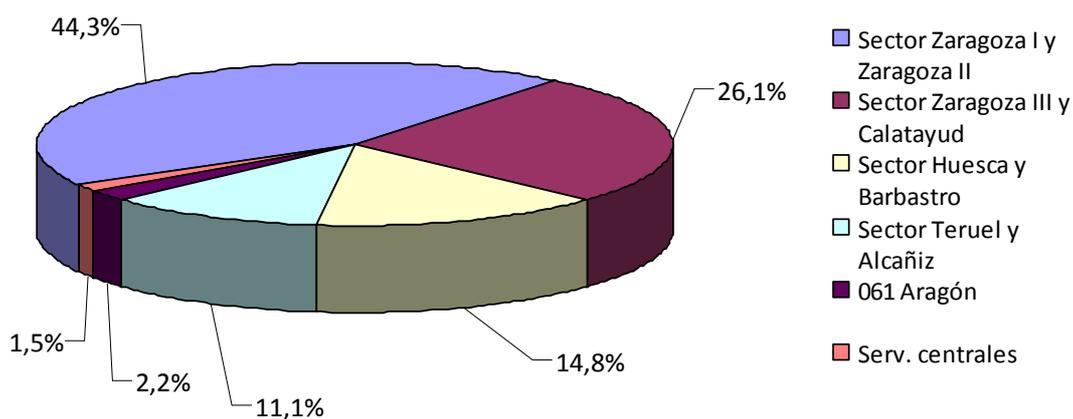
15.2 Gasto real 2011 previsto (capítulo I y capítulo II).

Los cuadros y gráficos de este apartado quieren dar idea de la distribución del gasto real del año 2011 (con cifras provisionales por no estar cerrado el ejercicio a la fecha de realización del estudio) del capítulo I + capítulo II de todos los centros del Servicio Aragonés de Salud incluidos los Servicios Centrales.

Por sector sanitario

	Cap I + Cap II	Capítulo I	Capítulo II
Sector Zaragoza I y Zaragoza II	645,97	435,46	210,51
Sector Zaragoza III y Calatayud	381,23	261,45	119,78
Sector Huesca y Barbastro	216,50	152,36	64,14
Sector Alcañiz y Teruel	162,11	117,56	44,55
061 Aragón	32,77	16,22	16,55
Serv. Centrales	21,22	8,44	12,78
Total	1.459,80	991,49	468,31

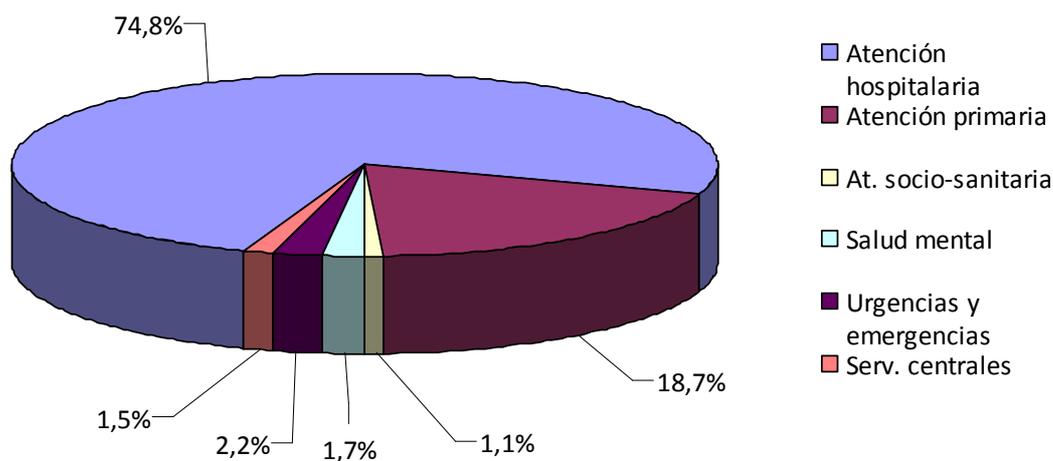
Millones de €



Por tipo de atención

	Cap I + Cap II	Capítulo I	Capítulo II
Atención hospitalaria	1.090,28	695,58	394,70
Atención primaria	273,16	240,33	32,83
At. socio-sanitaria	15,68	11,59	4,09
Salud mental	25,20	19,34	5,87
At. urgencias y emergencias	32,77	16,22	16,55
SSCC	21,22	8,44	12,78
Total	1.458,31	991,49	466,82

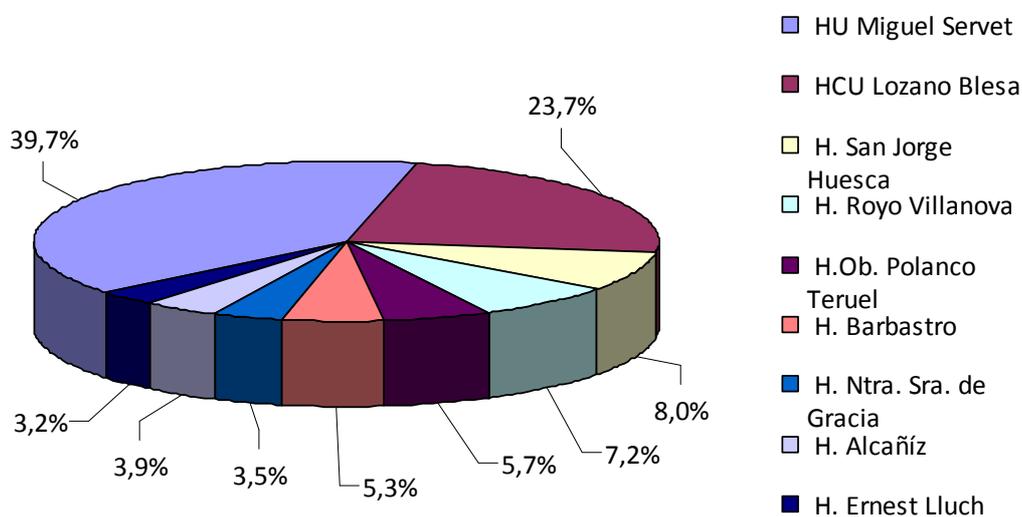
Millones de €



Por hospital

	Cap I + Cap II	Capítulo I	Capítulo II
HU Miguel Servet	432,35	269,85	162,50
HCU Lozano Blesa	258,69	161,75	96,94
H. San Jorge Huesca	86,81	55,61	31,21
H. Royo Villanova	78,48	53,85	24,62
H.Ob. Polanco Teruel	61,93	39,46	21,54
H. Barbastro	57,30	35,76	22,46
H. Ntra. Sra. de Gracia	37,98	28,06	9,93
H. Alcañiz	42,08	26,27	15,80
H. Ernest Lluch	34,68	24,98	9,70
Total	1.090,28	695,58	394,70

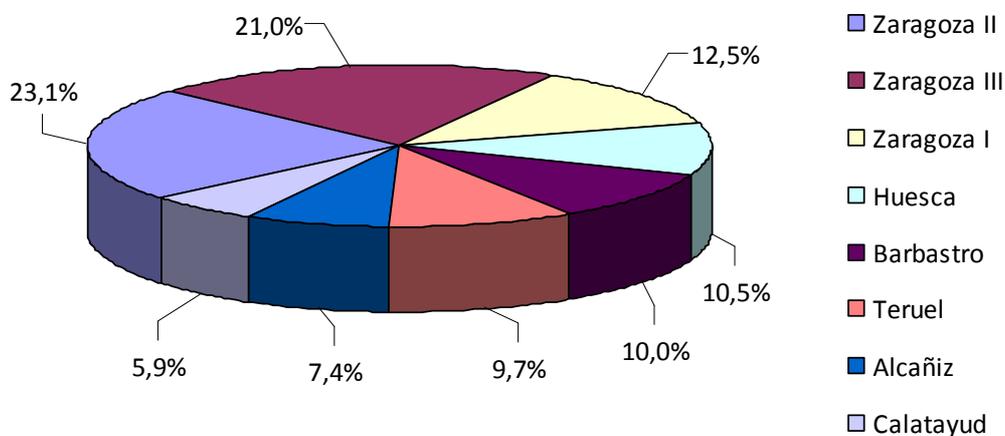
Millones de €



Atención primaria

	Cap I + Cap II	Capítulo I	Capítulo II
Zaragoza II	63,08	55,57	7,50
Zaragoza II	57,28	50,55	6,73
Zaragoza I	34,09	28,13	5,96
Huesca	28,76	25,57	3,18
Barbastro	27,19	24,21	2,98
Teruel	26,49	23,99	2,51
Alcañiz	20,26	17,99	2,27
Calatayud	16,02	14,32	1,69
Total	273,16	240,33	32,83

Millones de €



15.3 Valoración

Puntos fuertes.

- Sistemas de información de gestión integrados: SERPA y SIRHGA.
- Concienciación de los profesionales con la crisis y la necesidad de ser más eficientes.

Puntos débiles.

- Consumo de recursos no autorizados en cartera de servicios.
- Intereses de demora.
- Inexistencia de un calendario estable de pago a proveedores.
- Incremento de precios.
- Falta de conciencia de los costes sanitarios por parte de la población.

15.3 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
15.1	<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		
15.2	<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		
15.3	<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. 				
15.4	<p>Corresponsabilidad del paciente en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.</p>		X		
15.5	<p>Corresponsabilidad del profesional en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.</p>		X		
15.6	<p>Revisión integral y regulación de la concertación, tanto del autoconcierto como del concierto externo.</p>	X	X		

16 Gestión de recursos y proveedores.

La **insuficiencia de financiación** del capítulo II (gasto corriente) y la consecuencia en términos de dilatación de los plazos de pago, ha tenido varios efectos:

- Los proveedores sufren complicaciones en su situación financiera, por no poder cobrar los bienes y servicios prestados en los plazos previstos. Esto supone, en el mejor de los casos, la necesidad de recurrir a financiación bajo la garantía de la deuda y, en el peor, a ver amenazada la continuidad de la empresa.
- La administración sufre, por un lado, dificultades para contratar determinados servicios y menor concurrencia de empresas en los procedimientos de compra y, por otro, el incremento de los precios por la ausencia de garantías de cobro en el plazo legal y la posibilidad de incurrir en gastos financieros. La capacidad de negociación basada en negociar los plazos de pago desaparece.
- Determinadas empresas deciden hacer uso de sus derechos legales y reclamar judicialmente intereses de demora por facturas pendientes de cobro. A 29/12/2011 hay reclamados 17,5 millones € por intereses de demora y costes de cobro y 21,5 millones € de principal. Todo ello conlleva un colapso administrativo, tanto en el Servicio de Régimen Jurídico, como en las unidades de facturación de los sectores.
- Todo lo anterior supone un incremento de precios por los bienes y servicios necesarios para prestar la asistencia sanitaria.

En 10/2008 se puso en marcha la **central de compras** con la lógica intención de centralizar la adquisición de materiales para los centros sanitarios, homogeneizando su uso, racionalizando el consumo y reduciendo los precios por mayor volumen de compra, aprovechando las economías de escala tanto por volumen como por capacidad de gestión.

El análisis de la situación muestra algunos aspectos de ineficiencia a resolver:

- Su regulación administrativa como órgano gestor, con fiscalización previa, no es la figura jurídica más adecuada, dado que su finalidad es idéntica a la de los servicios de compra de los centros sanitarios y ha sido creada con vocación de sustituir a los mismos. Por tanto se debería dotar de un control financiero permanente idéntico al existente en los servicios de compras de los sectores, permitiría incrementar su productividad. La actual regulación no permite la agilidad que precisa la gestión de compra de productos sanitarios.

- Falta de orientación estratégica a primar los esfuerzos en la adquisición centralizada de productos sanitarios frente a los procedimientos de compra o servicios de tecnologías de la información y comunicación, como demuestra que en el periodo 2010-2011 sólo se han licitado productos sanitarios por importe de 18,72 millones € frente al volumen total que sería susceptible de licitación centralizada cuyo importe ascendería a 140 millones €.
- Limitada definición de los puestos de trabajo, al carecer en muchos casos del perfil de expertos en contratación, con una inadecuada reclutación del personal, basada en la figura jurídica de la adscripción de funciones, lo que no garantiza la salvaguarda del conocimiento adquirido, ni la permanencia de las personas.

Reorientar la central de compras, dotándola de un organigrama más flexible y competitivo, que permita incrementar los recursos personales, atraer y retener el talento, y adecuarlos al volumen de negocio asumido centralizadamente y, en consecuencia, disminuir los efectivos en los servicios de contratación de los sectores, debería traducirse en un considerable ahorro en el capítulo de gastos corrientes y servicios.

Entre los proveedores de **tecnologías de la información y comunicación** se ha producido:

- Una excesiva dispersión de empresas y un elevado nivel de externalización, con escaso aprovechamiento del conocimiento de los recursos propios.
- Retrasos considerables en la ejecución de los proyectos, y conflictividad con algunas de las empresas contratadas.
- La concentración de los plazos de finalización de los contratos (36 a 31/12/2011) dificulta enormemente la gestión, limitando la capacidad de realizar los necesarios estudios de necesidades y de coste, así como de estudiar la colaboración con el Departamento de Industria e Innovación, antes de convocar nuevos procedimientos de contratación, lo que provocará que se mantengan servicios sin cobertura jurídica con la consiguiente distorsión en el procedimiento administrativo de gasto, debiendo recurrir a la figura de la convalidación de gasto por el Gobierno de Aragón.

A los objetivos planteados en el ámbito del desarrollo e implantación de las tecnologías de la información en la organización, debe añadirse una reflexión sobre el balance entre recursos propios y ajenos, y su impacto en la capacidad de adquirir y retener conocimiento, así como en la calidad de la asistencia y también en los costes de la misma.

16.1 Valoración

Puntos fuertes.

- Sistemas de información de gestión integrados: SERPA y SIRHGA.
- Concienciación de los profesionales con la crisis y la necesidad de ser más eficientes.
- Habilidades y conocimiento de las técnicas de selección de productos sanitarios.

Puntos débiles.

- Regulación de la central de compras con intervención previa.
- Puestos de trabajo de la central de compras, todos en adscripción de funciones.
- Situación financiera y de tesorería.
- Falta de control de la demanda.
- Falta de sistemas de contabilidad analítica.
- Riesgo de desabastecimiento por falta de pago.
- Riesgo de desaparición del mercado de proveedores por efecto de la crisis económica.

16.2 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
16.1	<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
16.2	<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 electrónica, gestión de suministros, compra y el aprovisionamiento. 		X		

Anexo: 403 medidas

La población, el paciente.

- Adaptar el sistema sanitario al envejecimiento de la población, con respuestas específicas a la pluripatología y cronicidad.
- Adaptar el sistema sanitario a la elevada dispersión en el ámbito rural.
- 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.
- Reorientación del dispositivo sanitario a la cartera de servicios reconocida.
- Priorización de la respuesta asistencial a las necesidades sanitarias más prevalentes de la población. Desarrollo de las estrategias de salud.
- Potenciación de hábitos de vida saludable, identificando aquellos factores que generan mayor morbilidad.
- Mejora de la accesibilidad al sistema asistencial.
- Mejora de la información del paciente.
- Incremento de los autocuidados por parte del paciente y su entorno.

Organización y sistema corporativo.

- Regulación legislativa de la nueva estructura del SALUD.
 - Nuevo mapa sanitario de Aragón: organigrama, competencias y marco de relaciones de la nueva estructura.
 - Nuevo decreto de sector y comisiones de participación, con especificación de las jerarquías.
 - Revisión de la dotación y estructura directiva de cada sector y centro, con orientación a la gestión por procesos.
- Nuevos modelos de gestión: normativa interna que regule la relación asistencial entre los diferentes sectores y dispositivos y dentro de los mismos.
 - Áreas de influencia, servicios de referencia, mapas de derivaciones y coordinación asistencial.

- Desarrollo del sistema multihospital (un servicio para varios hospitales).
- Trabajar transversalmente en direcciones de gestión dentro de cada área de salud.
- 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).
- Revisión de los reglamentos de funcionamiento interno de cada centro.
 - Sistematizar y priorizar un programa de análisis de competencias directivas y diseño de planes de formación, como parte de la apuesta por la profesionalización de los equipos directivos del SALUD.
 - Elaboración de un manual de procedimientos para directivos del SALUD.
- Identificación de la figura del coordinador de atención primaria asumiendo el rol directivo del equipo.
- Inspección médica.

Atención primaria.

- Revisión del modelo: actualización de la cartera de servicios en las diferentes actividades (preventivas, asistenciales, formativas, etc.).
- Implantar, mejorar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados en términos de salud, calidad y coste.
 - Habilitar los módulos estadísticos de OMI-AP (OMIEST y PROSA) a los profesionales.
- Optimizar la gestión de recursos humanos: suficiencia, distribución, cargas de trabajo, productividad, satisfacción, formación e incentivación de los profesionales.
 - Redistribución de recursos humanos en dependencia de TIS.
 - Centralizar guardias.
 - Revisión del complemento por coeficiente de dispersión geográfica G.
 - Plazas de acúmulos de tareas.
- Adecuación de infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.
 - Solicitud de pruebas complementarias.
 - Crear unidades de hospitalización domiciliaria con apoyo de los servicios de medicina interna de los hospitales.

- Seguimiento de pacientes con patologías graves (pielonefritis, neumonías, etc.) en contacto directo con especialistas de hospital.
- Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).
- Cumplimiento integral de los objetivos del programa del control de la incapacidad temporal.
- Revisar y generalizar las guías y protocolos institucionales de las patologías más prevalentes, e implementarlas.
 - Formación y difusión de las mejores prácticas.
 - Mejorar la gestión integral de las patologías crónicas y del paciente dependiente.
- Implantar guías de buenas prácticas en relación profesional-paciente.
- Adecuar la atención a colectivos de pacientes con especial vulnerabilidad.
- Garantizar la accesibilidad, con el objetivo de atender al paciente en el día que lo solicita.
- Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro del equipo y con otros dispositivos asistenciales.
 - Telemedicina: Diagnóstico a distancia, teledermatología, telemedicina interna, Programa de detección precoz de la EPOC adaptado al medio rural, etc.
 - Autocontrol de la terapia anticoagulante oral.
 - Intervención para uso racional de material de las residencias adscritas a los equipos de atención primaria.
- Revisión de los horarios de atención ordinaria y continuada, valorando las diferentes necesidades de la población rural y urbana.
- Regulación y reconocimiento de la actual figura de coordinador como director del equipo.
- Evaluación de la satisfacción del usuario.
- Unificación de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria.
- Traspaso de la historia clínica de OMI-AP entre sectores distintos.
 - Desarrollo de una utilidad de traspaso electrónico de la historia clínica de OMI-AP.
 - Informatización con OMI-AP de los ESAD.
 - Cruce de datos entre OMI-AP y BDU para evitar las duplicidades de historias.

- Sincronización correcta entre BDU y OMI-AP de los pacientes comunitarios.
- Planes de cuidados de enfermería estandarizados en OMI-AP.
- Coordinación entre los equipos de atención primaria y los profesionales de salud pública, con incorporación operativa de estos últimos.

Atención hospitalaria.

- Construcción de los hospitales de Alcañiz y Teruel y del centro de especialidades Intermodal.
- Definición de la cartera básica de atención hospitalaria en todos los hospitales de Aragón.
- Diseño y ubicación de servicios de referencia en Aragón.
 - Redefinición del mapa y protocolo de derivaciones.
 - Definición de dónde y cómo se derivan los procesos que no pueden ser atendidos en su ámbito.
- Creación y desarrollo de unidades de excelencia hospitalaria.
- Creación de unidades de gestión clínica multi-especialidad.
- Promoción de las sinergias/integración de servicios entre hospitales evitando duplicidades en servicios de alta especialización.
- Optimizar la gestión de recursos humanos: adecuación de plantillas, mejorar la productividad, aumento de la satisfacción, facilitar la formación e incentivación de los profesionales.
 - Estudio y adecuación de las plantillas a las necesidades asistenciales.
 - Potenciar el papel de la jefaturas asistenciales en la gestión:
 - Regulación y sistematización del acceso a plazas de facultativos (concurso de traslados y OPE).
 - Realización de acciones encaminadas a facilitar la cobertura de plazas vacantes difíciles de cubrir:
 - Revisión de los actuales complementos específicos B y C y establecimiento de criterios homogéneos para estudiar las nuevas solicitudes.
 - Revisión de los efectivos de guardia.
- Adecuación de infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.

- Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).
 - Coordinación de la central de compras con los hospitales para valorar en qué casos es más eficiente el uso de material e instrumental reutilizable que el desechable.
 - Reducción de utilización de estancias hospitalarias innecesarias.
- Actualizar y generalizar las guías y protocolos institucionales de aquellos GRD que supongan el 80% del gasto.
- Implantar guías de buenas prácticas en la relación profesional-paciente.
 - Mejora de la información al usuario.
 - Garantizar el empleo adecuado del consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas.
- Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro de las unidades y con otros dispositivos asistenciales.
 - Desarrollo de la tecnología y telemedicina.
 - Definir y desarrollar la estrategia tecnológica, conjuntamente con la Dirección de Área Económica.
 - Desarrollo del Sistema RIS-PACS.
 - Desarrollo del Gestor de Pacientes. Implantación de la historia clínica electrónica y la receta electrónica.
 - Desarrollo de la telemedicina: retinografía en pacientes diabéticos, teledermatología, telemedicina interna, tele-ictus, etc.
 - Ecografía obstétrica compartida: extender el aplicativo accesible entre Sector Zaragoza II y Sectores de Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz que permite informar y compartir las ecografías obstétricas, con lo que se evita el desplazamiento de las pacientes.
- Aumentar al máximo la actividad ordinaria en horario de tarde.
- Racionalización de la atención continuada hospitalaria (especialmente en la ciudad de Zaragoza).
- Implantar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados.
- Incremento de la actividad por Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Mejora de gestión de la actividad quirúrgica:

- 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.
- Mejorar la gestión de consultas externas:
 - 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.
- 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.
- Implantar mecanismos de alerta cuando el resultado de las pruebas diagnósticas pueda tener impacto en la salud del paciente.
- 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.
- Iniciar la implantación de la hospitalización a domicilio como alternativa a la hospitalización tradicional, implicando al paciente y su entorno en sus propios cuidados.
 - Diseño e implantación de hospitalización a domicilio.
 - Desarrollo y potenciación de los ESAD.
- Incrementar la diálisis peritoneal.
 - Valoración de la posibilidad de crear centros satélites de diálisis (Ejea, Fraga).
 - Extensión del desarrollo de la diálisis peritoneal domiciliaria a todos los sectores.
- Potenciar el papel de las jefaturas asistenciales en la gestión.
- Realización de acciones encaminadas a facilitar la cobertura de plazas vacantes difíciles de cubrir.

Atención al paciente crónico, dependiente y cuidados paliativos.

- Realizar un nuevo enfoque de la atención del paciente crónico y pluripatológico:

- 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
- Capacitación de familiares y cuidadores.
- Mejorar la capacitación de los profesionales de SALUD para el manejo del paciente receptor de cuidados paliativos en el entorno sanitario.
- Apoyo al cuidador del paciente crónico.
- Reconocimiento de la figura del cuidador del paciente dependiente y acreditación mediante una tarjeta identificativa.
- 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.
 - Facilitar la transición desde el ámbito sanitario al social para aquellos pacientes que lo precisen.
 - Gestionar proactivamente los casos más complejos de pacientes crónicos-convalecientes.
 - Integrar las estructuras de dirección de los centros socio-sanitarios en un único complejo hospitalario para facilitar la continuidad y coordinación entre centros.
- Mejorar la atención al paciente receptor de cuidados paliativos:
 - 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.

Atención a urgencias y emergencias.

- Rediseñar el dispositivo de atención urgente, organizando la implicación de cada ámbito sanitario:
 - Atención primaria: puntos de atención continuada en equipos y en hospitales.
 - Atención hospitalaria: servicios de urgencia y equipos de guardia.
 - 061 Aragón.
 - SUAP.
- Transporte sanitario urgente:
 - 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.
- Reubicación de la Gerencia del 061 Aragón.
- 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.
 - Especializar el puesto de operador de movilización del CCU del 061 Aragón, mediante la adecuación de las plantillas al perfil profesional exigido para el desempeño de dicho puesto.
 - Racionalizar la utilización de las camas de UCI hospitalarias mediante su gestión integral desde el CCU del 061 Aragón.
- Estandarizar la gestión de los traslados interhospitalarios mediante la implantación del protocolo general.
- Establecer los criterios de colaboración de los servicios preventivos del 061 Aragón.
 - Mejorar la eficiencia de la gestión de los servicios preventivos mediante su definición e inclusión en la cartera de servicios del 061 Aragón.
 - Incrementar la operatividad y rentabilidad de los recursos sanitarios destinados en la Base Antártica mediante la revisión del convenio de colaboración entre la Unidad de Tecnología Marina del CSIC y el Servicio Aragonés de Salud.
 - Garantizar la gestión óptima de las situaciones potenciales de emergencia mediante la integración de todos los planes sanitarios de emergencias del SALUD.
- Coordinación de la gestión de situaciones de emergencias y catástrofes.

Atención a la salud mental.

- 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.
 - Aumentar la capacidad de resolución de los problemas más comunes de salud mental que puedan ser gestionados en un nivel distinto del especializado.
- Coordinación asistencial con otras instituciones de carácter sanitario o social.
- Completar la red asistencial de salud mental
 - Unidad de hospitalización infanto-juvenil.
 - Ordenación de los recursos de salud mental de los sectores.
 - Ordenación de los recursos humanos de los sectores en un único nivel asistencial.
 - Integración de los Centros de Rehabilitación Psicosocial junto con el resto de centros hospitalarios del sector en un complejo hospitalario.
 - Gestionar de forma unificada las camas psiquiátricas de agudos.
- Implantar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados (integrado en el sistema de información general).
- 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.

Prestación farmacéutica.

- Mejora de la calidad de la prestación farmacéutica: uso racional del medicamento (URM).
 - 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 incentivos 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 medicamentos en todos los niveles asistenciales.
 - 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.
 - 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.
- Sostenibilidad de la prestación.
 - Control presupuestario del gasto farmacéutico hospitalario.

- Control presupuestario del gasto farmacéutico 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.
- Desarrollo de herramientas informáticas de eficiencia farmacéutica: aplicaciones que ayuden a la selección de moléculas eficientes en patologías prevalentes en receta y prescripción 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.
- Integración de la prestación farmacéutica hospitalaria y extra-hospitalaria.
 - 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.
- Transparencia para la sociedad de esta prestación.
 - 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.

Excelencia, seguridad, calidad en asistencia y mejora continua.

- Establecimiento de un sistema de objetivos, evaluación y benchmarking.
 - 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.

- Motivación y reconocimiento de los avances en excelencia:
 - Premio SALUD a la excelencia.
 - Unificar la estructura de las unidades de calidad.
 - Mejorar la organización de las unidades de calidad: Cartera de servicios, propio sistema de calidad basado en ISO 9001, etc.
 - 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.
 - Continuar desarrollando el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad.
 - Jornadas de trabajo sobre calidad en SALUD.
 - Promover los proyectos relacionados con la seguridad del paciente (conjuntamente con la Unidad funcional de seguridad del paciente).
 - Mejora en la seguridad del paciente: Sistema notificación EAs en AP.
- Estandarización mediante gestión por procesos, sistemas ISO y con metodología EFQM:
 - Impulsar la utilización de la gestión por procesos en todos los ámbitos del SALUD.
 - Mantener y ampliar los sistemas de calidad certificados y acreditados.
 - Iniciar el diseño e implantación de sistemas basados en normas ISO en nuevos ámbitos (farmacia, admisión, unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas, atención a la urgencia cardiológica, etc.)
 - 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.
 - Establecer líneas de mejora de la obtención del consentimiento informado para garantizar el respeto de la autonomía del paciente.
 - Desarrollar un modelo de evaluación de cuidados.

Colaboración institucional y acción concertada.

- Departamentos y organismos del Gobierno de Aragón.
- Servicios sociales.

- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.
- Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.
- Universidades y otros centros de formación.
- Cruz Roja y Protección Civil.
- Servicios de salud de otras comunidades autónomas.
- Centros asistenciales concertados.

Instalaciones, edificios y tecnologías médicas.

- Plan de seguimiento para adecuación normativa de las distintas instalaciones y edificios de los centros sanitarios.
 - Planes de emergencias.
 - Revisiones periódicas de seguridad y accesibilidad de instalaciones.
 - Inventario de inmuebles en régimen de alquiler.
 - Protocolo de actuación para nuevos alquileres conforme a la nueva ley de patrimonio.
- Plan de mejora de las infraestructuras y equipamientos.
 - 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.
 - Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de electromedicina.
 - Plan de contingencias.
 - Control de instalaciones de áreas de riesgo.
 - Extremar la seguridad de profesionales, pacientes y familiares.
 - Plan de catástrofes internas y externas.
 - Plan de confort.
 - Servicios hosteleros adecuados.

- Plan de transporte.
- Plan de análisis y renovación de instalaciones y equipamientos próximos a su obsolescencia tecnológica y/o legal.
- Mejora de la funcionalidad y operatividad de los inmuebles del SALUD que en la actualidad presentan mayores limitaciones.
- Sustitución paulatina de instalaciones próximas a su obsolescencia tecnológica y/o legal.
- Búsqueda de ubicaciones para dotaciones sanitarias en zonas de nueva urbanización.
- Promover análisis y plan de renovación de los edificios sanitarios más obsoletos del SALUD (Hospital Materno-infantil, CEM San José y Ramón y Cajal, Hospital Ernest Lluch, centros de salud).
- Mejorar la accesibilidad física en los centros sanitarios: accesibilidad arquitectónica, señalización, etc.
- Completar obras en ejecución y puesta a disposición de sus usuarios finales.
 - Hospitales de Teruel y Alcañiz.
 - Centro de Salud Almozara.
 - Centro de especialidades médicas Intermodal.
- Optimización económica y energética de instalaciones.
 - Reducción del coste unitario de la energía consumida por los centros sanitarios de mayor consumo.
 - Plan de eficiencia energética: Reducción de los consumos energéticos globales del SALUD / Empresas de Servicios Energéticos (ESE).
 - Gestión de la cartera equipos electromédicos y 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.
- Identificar y evaluar las tecnologías nuevas, alternativas y emergentes, estandarizando el procedimiento de introducción de nuevas tecnologías.
 - Servir de referente y punto de encuentro para resolver cuestiones técnicas que se planteen en los diferentes servicios de ingeniería.
 - Completar sistemas de información sobre instalaciones, para planificar los procesos de amortización de los diferentes equipos con margen temporal.

- Implementar cursos y actividades formativas públicas a las personas que trabaja en el ámbito de los edificios y las instalaciones del SALUD.
- Racionalizar plantillas y homogeneizar organización del área de mantenimiento de los sectores.
- Gestionar la cartera tecnológica, incluyendo la identificación y sustitución de tecnología obsoleta, continuando con el plan de equipamiento tecnológico.
 - Planificación de renovación de equipamiento médico básico.
 - Establecimiento de criterios y líneas estratégicas que permitan adecuar y planificar los recursos tecnológicos.
 - Implantar planes periódicos de reposición y equipamiento de tecnología.
 - Establecer equipamientos diagnósticos en cada nivel asistencial, de acuerdo a la cartera de servicios.

Tecnologías de información.

- Herramientas dirigidas a los profesionales para el aumento de la eficiencia, calidad y seguridad del paciente:
 - 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.
 - Mapa de aplicativos del SALUD para el profesional.

- Incorporación a proyectos globales: proyectos de historia clínica y Receta del SNS y la UE.
- Herramientas para la gestión clínica en salud mental.
- Gestión integrada de historias clínicas e incapacidades temporales.
- Gestión normalizada e integrada de soluciones departamentales en:
 - - Farmacia hospitalaria.
 - - Anatomía patológica.
 - - Cuidados de enfermería.
- Extender la implantación de aplicaciones corporativas para la gestión de planes de cuidados en las unidades de hospitalización (Gacela).
- Fomento del desarrollo de herramientas colaborativas.
 - Telemedicina.
 - Teleformación.
- Evolución de la relación ciudadano-sistema sanitario:
 - Mejorar la plataforma Salud-informa.
 - Carpeta del ciudadano (historia clínica, contactos asistenciales, etc.).
 - Guías sanitarias para pacientes (manuales de autocuidados, consejos médicos, teleformación a pacientes, etc.).
 - Implantación del centro de salud multicanal.
 - Innovación-telemedicina.
- Sistemas de información para la gestión proactiva. Cuadros de mando:
 - 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.

- Implementación de monitorización y ayudas automáticas sobre los procesos asistenciales.
- Gestión corporativa avanzada del transporte sanitario no urgente.
- Ampliar sistema de información de farmacia: Farmasalud / cuadros de mando de farmacia.
- Sistema de información de atención primaria: cuadros de mando de atención primaria.
- Integración de los servicios sociales como agentes sanitarios en el ámbito de los sistemas de información.
 - Integración de los sistemas corporativos asistenciales.
- Seguridad de los sistemas de información y recursos de SALUD:
 - Constitución de la comisión de historia clínica autonómica.
 - Gestión unificada de usuarios, accesos y permisos.
 - Sistema centralizado de trazas de acceso y auditoría.
- Gestión integral del conocimiento TIC de SALUD:
 - Evolución del portal de conocimiento.
 - Reforzar-reorganizar los recursos/medios asociados al personal técnico para una mejor gestión del conocimiento TIC y una menor dependencia externa,.
- Garantizar acceso, disponibilidad y sostenibilidad de los sistemas.
 - Evolución tecnológica mediante consolidación de sistemas
 - Escritorio virtual.
 - Renovación tecnológica y plan de capacidad.
 - Soporte integrado de usuarios y sistemas.
 - 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.

Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores.

- Reordenación de plantillas.
 - Crear plazas estructurales en las plantillas de los centros (nombramientos eventuales de larga duración), consolidar empleo y reducir la temporalidad.
 - Establecimiento de los criterios aplicables en la autorización de comisión de servicios.
- Políticas de mejora en provisión y selección de puestos:
 - Programación periódica de procesos selectivos.
 - Agilidad y seguridad jurídica de los procesos selectivos.
 - Mejoras en los actos de comunicación y en la gestión de trámites de gestión que corresponde al aspirante de procesos selectivos.
 - Mejoras en la programación de las actividades del ciclo del proceso selectivo.
 - Mejoras en el desarrollo del procedimiento administrativo propio de los procesos selectivos.
 - Mejoras en la asesoría jurídico administrativa que puede precisar el Tribunal de procesos selectivos en el ejercicio de sus funciones.
 - Unificación de criterios de interpretación de las bases de los procesos selectivos por parte de los diferentes tribunales.
 - Establecimiento de un procedimiento reglado para la vista del expediente de la baremación de la fase de concurso de méritos de los procesos selectivos.
 - Establecimiento de programas de control y mejora continua de la calidad 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.
 - Actualización del pacto sindical de vinculaciones temporales de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.
 - Actualización del pacto sindical de promoción interna temporal del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.
 - Unificación de la normativa de acoplamiento interno de personal de centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud

- Mejorar la gestión de recursos humanos:
 - 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.
 - Integración total y definitiva de los especialistas de cupo.
 - 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.
 - Replantear los nombramientos de los profesionales, vincularlos a nivel de área o sector sanitario.
 - 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.
 - Establecer un modelo de gestión por competencias.
 - Crear el Registro de Personal del Servicio Aragonés de Salud.
- Promover el respeto a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor asistencial, mediante el reconocimiento legal como autoridad pública.
- Seguimiento y control del cumplimiento de los deberes y obligaciones laborales:
 - Aprobación de un reglamento de régimen disciplinario para el personal de los centros sanitarios.
 - Impulsar la creación de una unidad específica en materia disciplinaria.

- Impulsar un nuevo estilo en las relaciones laborales.
 - 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.
 - Propiciar acciones formativas de menor coste o fórmulas que permitan un mayor ahorro de costes.
 - Formación de profesionales con responsabilidades en gestión clínica.
 - Impulsar y mejorar los procesos de formación, dirigidos a mejorar las competencias y cualificaciones de los empleados y su adecuación a las necesidades.
 - Formar nosotros a nuestros profesionales.
 - Implantar un nuevo modelo de gestión de la formación por competencias y elaborar el plan de formación, impartición de acciones formativas y evaluación.
- Renovación del acuerdo de derechos y garantías sindicales.

Suficiencia financiera y sostenibilidad económica.

- Consistencia entre la cartera de servicios de SALUD y los recursos financieros:
 - 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.
- Gestión presupuestaria de los centros:
 - 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.
- Gestionar el pago a proveedores de la deuda:
 - 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.
- Corresponsabilidad del paciente en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.
- Corresponsabilidad del profesional en el sostenimiento del sistema de salud. Facilitar información sobre los costes de las actividades sanitarias.
- Revisión integral y regulación de la concertación, tanto del autoconcerto como del concierto externo.

Gestión de recursos y proveedores.

- Mejorar la gestión de recursos:
 - 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.
- Mejorar la gestión de proveedores y productos:
 - 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 electrónica, gestión de suministros, compra y el aprovisionamiento.

NOTA.- Cada una de estas 403 medidas dispone de su correspondiente ficha con el siguiente detalle:

- Descripción
- Diagnóstico (análisis DAFO)
- Líneas de acción
- Cronograma
- Responsable de evaluación
- Recursos

En la elaboración de este documento han colaborado:

Mónica Agud Cardona
Marta Alcolea Guerrero
Elena Altarribas Bolsa
Javier Armesto Gómez
M^a Soledad Artero Gracia
Ana Artieda Jordán
Ana Cristina Bandrés Liso
Ana Isabel Berges Fantova
Virginia Berraquero Escribano
Carmen Bolea Muro
Pedro Isaac Bono Lamarca
Rosario Cabezado Vallés
Pilar Calderón Grau
Luis Santiago Canalejo Mendaza
José Luis Cañada Millán
Fernando Castaño Lasaosa
José Ignacio Castaño Lasaosa
Vicente Compaired Aragües
Rosa Blanca Cortés Marina
Miguel Ángel Eguizábal Eguizábal
Elena Escuder Salomón
José Antonio Esparza Salcedo
M^a Pilar Esquillor Espinosa
José Antonio Esteban Latorre
Cristina Fantova del Arco
Dora Félez Minguiñón
Raul Wenceslao Fernández Moros
Francisco Javier Font Celaya
Salvador Foradada Baldellou
Ernesto Francés Lario
Fernando León Galve Royo
Juan Carlos García Aísa
Gracia Pilar García Bescós
Florencio García Latorre
José Ignacio García Montero
José Antonio Gil-Lahorra
Margarita Goldaracena Tanco
Ana Victoria Gómez Barrionuevo
Roberto González de Mendibil Astondo
Mario González González
M^a Ángeles Gotor Lázaro
M^a Isabel Granada Bernal

Julián Francisco Illana Rodríguez
M^a Victoria Julve Guerrero
M^a José Lafuente González
Antonio Lafuente Lafuente
M^a Pilar Lanao Senz
Carmen Lapuente Bueno
Manuel Longares Latorre
Sagrario López Ibáñez
Sergio Maella Clavero
José M^a Manrique Permanyer
Santiago Iván Marteles Casajús
Eloína Martínez García
José Antonio Martínez Peña
M^a Teresa Martínez-Berganza Asensio
Francisco Javier Martón Aguirre
Antonio Misiego Peral
Yolanda Montesinos Hernando
Pascual Moreno Núñez
José Manuel Muñoz Calvo
Francisco M. Muñoz Rodrigo
Ricardo Oliván Bellosta
Gloria Emilia Palacio de Montemayor
Flor Pascual Gutiérrez
José Antonio Riba Bruballa
Natalia Rivera Rey d'Harcourt
Luis Antonio Rosel Onde
Antonio Rueda Sánchez
José Francisco Sancho Cuartero
Miguel Siles Gutiérrez
Carlos Tellería Orriols
Tomás Tenza Pérez
Eva M^a Tobajas Señor
Alejandro Toquero Gil
Marta Trigo Cabrejas
Víctor Vallés Gallego
Gloria Vázquez Falcón
Antonio Villacampa Duque
Daniel Viu Escolano
Ana Belén Zapata López
M^a Dolores Zapatero González
Juan Antonio Zorraquino Lozano

El documento ha recibido las aportaciones de las siguientes personas, entidades y asociaciones:

M^a Pilar Torrubia Atienza - Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud
Asociación del Defensor del Paciente - ADEPA
Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón - ALCER EBRO
Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama - AMAC-GEMA
Asociación Aragonesa para problemas de Crecimiento - APAC
Asociación Celiaca Aragonesa - ACA
Federación de asociaciones de diabéticos de Aragón - ADEARAGÓN
Asociación de Padres de Niños con Cáncer en Aragón - ASPANOA
Confederación Sindical de Comisiones Obreras - CCOO
Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos - CESM
Confederación General del Trabajo - CGT
Clínica Montpellier
Clínica Quirón
Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica - COCEMFE
Colegio Profesional de Logopedas de Aragón
Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza
Colegio Oficial de Farmacéuticos
Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Aragón
Colegio Oficial de Médicos
Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Aragón – CPDNA
Colegio Profesional de Logopedas de Aragón
Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón
Consejo Aragonés de Consumidores y Usuarios
Cortes de Aragón. Grupo Parlamentario Chunta Aragonesista
Cortes de Aragón. Grupo Parlamentario Izquierda Unida
Cortes de Aragón. Grupo Parlamentario Popular
Central Sindical Independiente y de Funcionarios – CSIF
Dpto. Educación, Universidad, Cultura y Deporte
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental -
FEAFES
Asociación Aragonesa de Entidades para Personas con Discapacidad Intelectual - FEAPS
ARAGÓN
Federación Aragonesa de Asociaciones de Familiares de Alzheimer y otras demencias – FARAL
Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias - FAMCP
Federación de Asociaciones de Padres, Afectados y Amigos de los Sordos – FAAPAS
Federación de Asociaciones de Barrios de Huesca
Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza
Foro Aragonés de Pacientes - FAP
Fundación Genes y Gentes
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial - SACA
Asociación Aragonesa de Apoyo a la Lactancia Materna - LACTARIA

Organización Nacional de Ciegos Españoles - ONCE
Sindicatos de Técnicos de Enfermería - SAE
Sindicato de Enfermería - SATSE
Sociedad Aragonesa de Angiología y Cirugía Vasculat
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial - SACA
Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Diabetes
Sociedad Aragonesa de Medicina de Familia y Comunitaria - SAMFYC
UGT Aragón. Unión Regional Secretaría de Política Institucional y Diálogo Social
Universidad de Zaragoza