



CONTRATO DE GESTION 2003

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

LINEAS GENERALES

INTRODUCCION

El Contrato de Gestión es una herramienta clave para la gestión que permite definir la fijación, seguimiento y evaluación de objetivos de actividad, calidad y relación entre los niveles asistenciales. Asimismo define y clarifica los mecanismos de financiación, las vías de desarrollo de los Centros, y contribuye a consolidar una cultura de comparación objetiva entre hospitales y dentro de ellos entre las distintas Unidades Asistenciales.

Una vez consolidado el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) va a seguir utilizando como propia tal herramienta y va a profundizar año tras año en su desarrollo. El objetivo final es que dicho Contrato sea un elemento válido de medida, mejora y coordinación de las prestaciones que los Hospitales ofrecen a su población, haciendo que éstos se orienten cada vez más al usuario.

Dentro de la Comunidad de Castilla La Mancha, las líneas que van a seguir los Contratos de Gestión, van a ser acordes con el desarrollo del Plan de Salud de Castilla La Mancha, y las recogidas en el Pacto por la Sanidad, y en el Acuerdo para el Desarrollo de la Sanidad de Castilla La Mancha, que se han firmado tanto con las principales fuerzas sociales de la Región, como con las Organizaciones Sindicales. Asimismo las líneas que se van a definir para la Atención Especializada del SESCAM van a ser también acordes con las que se han recogido en el propio Contrato de Gestión firmado entre la Consejería de Sanidad y el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).

El presente Contrato de Gestión, que estará vigente hasta el 31 de Diciembre de 2003, concreta los objetivos fijados por el SESCAM para con el Centro, y la consecución de los mismos deberá ser impulsada y liderada por sus Equipos Directivos.

Para el año 2003, el objetivo fundamental del Contrato de Gestión será mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias. Dicho acceso estará además respaldado por la Ley de Garantías, pero deberá trabajarse en los Centros con el objetivo de evitar que el ciudadano necesite hacer uso de las prestaciones alternativas contempladas en la Ley.

Considerando que el Contrato de Gestión es un documento público, será responsabilidad de los Directores Gerentes la difusión del mismo en el ámbito de su Hospital, de modo que los trabajadores del mismo tengan fiel conocimiento de los objetivos pactados entre el SESCAM y las distintas Gerencias. Asimismo el presente Contrato de Gestión será un instrumento de referencia para que las Gerencias pacten Contratos específicos de Gestión con los Servicios y Unidades Funcionales de los Hospitales.

OBJETIVOS DEL CONTRATO GESTIÓN DE 2003 PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

I.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL

1.1.- Mejorar la atención sanitaria

En este apartado se incluyen toda una serie de actuaciones y objetivos directamente relacionados con la asistencia que se presta al usuario.

1.1.1.-Aumento de la Actividad y reducción de las demoras para recibir atención

1.1.1.1.- Area quirúrgica

Para el conjunto de las intervenciones quirúrgicas no urgentes se establecen los siguientes objetivos de demora:

- La demora media a 31 de diciembre de 2003 será como máximo de 55 días.
- La demora máxima permitida a lo largo de todo el ejercicio 2003 para el conjunto de las intervenciones quirúrgicas programadas será de 180 días.
- La demora máxima a 31 de diciembre de 2003 será de 150 días.

Para conseguir estos objetivos será preciso llevar a cabo las siguientes actuaciones:

- Se mantendrá la actividad ordinaria, extraordinaria, y concertada necesaria, a lo largo de todo el año y sin interrupción, para poder alcanzar los objetivos citados.
- Aumentar las intervenciones quirúrgicas en xxxx a nivel de toda la Comunidad Autónoma para conseguir reducir en xxxxx la L.E.Q. Las actividades que se estima necesario realizar en cada Centro para cumplir los objetivos de demora se recogen en el Anexo II.2
- Monitorizar estrechamente los rendimientos quirúrgicos, para lo que es aconsejable el fijar objetivos con los Servicios tanto del porcentaje de ocupación de quirófanos, como del número de intervenciones quirúrgicas por sesión, a fin de incrementar la eficiencia de utilización del bloque quirúrgico en función de la complejidad de las intervenciones. En cualquier caso, será irrenunciable un porcentaje de utilización de tiempo de quirófano de al menos 75%.
- Por debajo del citado rendimiento, se priorizará, en caso necesario la actividad concertada frente a la autoconcertación, siendo la tendencia la opuesta en caso de que los rendimientos sean iguales o superiores a dicha cifra. Estas políticas se adaptarán dentro de cada Centro a cada Servicio en particular, de modo que la incentivación que pueda suponer la actividad autoconcertada esté dirigida hacia aquellos grupos más eficientes.
- Planificación optimizada de los partes quirúrgicos, no siendo aceptable un porcentaje superior al 5% en el número de intervenciones quirúrgicas suspendidas y no sustituidas. Se reforzarán los mecanismos de confirmación de cita para intervención y de sustitución.
- Incremento de actividad quirúrgica en régimen de Cirugía Ambulatoria, tanto para obtener una mejora en Listas de Espera, como para tender a una mayor ambulatorización de los procesos que mantenga o aumente la satisfacción del usuario, y ayude a contener los gastos. Como norma general se aumentará el índice de sustitución global en cirugía programada en todos los Centros, en un porcentaje acorde a su situación específica, y que se concreta para el año 2003 en el Anexo II.2 del presente Contrato de Gestión.
- Mejorar la gestión de la demanda y disminuir la variabilidad de la práctica médica, analizando las indicaciones quirúrgicas y actualizándolas de acuerdo con la evidencia científica. Se mantendrán los niveles de adherencia a los protocolos elaborados en

colaboración con las Sociedades Científicas. Las Direcciones Médicas y los responsables de los Servicios, con el apoyo de los Coordinadores de Calidad, monitorizarán semestralmente una muestra representativa de los 10 procesos más frecuentes, incluidos en lista de espera quirúrgica y pendientes de intervención, contemplados en estos protocolos.

- Establecer objetivos mensuales de situación de LEQ (total y demora media), calculados a partir de la previsión de entradas mensuales, adecuando a ellas la previsión de salidas, es decir la actividad quirúrgica.
- Mejorar la gestión de la LEQ reduciendo el porcentaje de salidas por depuración. En todo caso el porcentaje de depuración por actualización de fecha deberá ser inferior al 8%.
- Control de la gestión de la LEQ en función de criterios de prioridad clínica y antigüedad en la misma. Será imprescindible realizar con la suficiente antelación la oferta de intervención quirúrgica en otro hospital -propio o concertado-, cuando se prevea que el paciente no pudiera ser intervenido en el hospital dentro del plazo máximo fijado en el Contrato de Gestión y en la Ley de Garantías.
- Ningún paciente deberá verse obligado a utilizar tal Ley, bien porque habrá sido intervenido en el tiempo indicado, o como se ha dicho, en su defecto le habrá sido ofertada una intervención en un Centro alternativo. Para ello se establecerá un tiempo de alarma para identificar con antelación a estos pacientes y realizar las gestiones necesarias.
- Los pacientes a los que se les haya ofertado intervención quirúrgica en centro propio o concertado y que la hayan rechazado, dejarán de estar incluidos en la Lista de Espera Quirúrgica del Centro, pero seguirán incluidos dentro de la Lista de pacientes pendientes de intervención en situación de Demora Voluntaria. Esto no conlleva ninguna pérdida de los derechos de antigüedad en la misma. Sin embargo éste grupo no podrá hacer uso de la Ley de Garantías para el proceso por el que estaban incluidos en la Lista de Espera Quirúrgica.

1.1.1.2.- Area de consultas

Para las primeras consultas de Atención Especializada, se fijan los siguientes objetivos a 31 de Diciembre de 2003:

- La demora media será de 21 días en el conjunto de las Especialidades.
- La demora máxima no podrá superar los 60 días a lo largo de todo el año.
- La demora máxima a 31 de Diciembre de 2003 será de 40 días.

La consecución de estos objetivos será posible por la aplicación de las siguientes medidas:

- Aumentar la actividad de primeras consultas en el global del SESCAM en xxxx, con objetivo de conseguir una disminución global de xxxx en LE. La actividad prevista a realizar en cada Centro para cumplir los objetivos de demora y disminución de L.E. se recogen en el Anexo II.2
- Disminuir el índice de consultas sucesivas / primeras hasta alcanzar el objetivo pactado en el Anexo II.2. Por lo tanto se procurará implicar en mayor grado a Atención Primaria en el cuidado de sus pacientes aumentando en lo posible el número de altas desde Consultas.
- Disminuir el número de pacientes nuevos en consultas de Asistencia Especializada cuyo origen sea distinto a Atención Primaria. En la Tabla 1 se establece para cada especialidad

el porcentaje mínimo de primeras consultas que debe proceder de A. Primaria. En aquellos Centros y Especialidades en los que no se llegue a tales porcentajes mínimos se articularán las medidas oportunas para corregir el exceso de derivaciones entre las especialidades.

- Se evitará en lo posible la derivación entre especialidades sin el concurso o conocimiento del médico de Atención Primaria del paciente. En cualquier caso es responsabilidad del especialista mantener informado al médico de cabecera de los aspectos más relevantes del proceso asistencial, así como orientarle respecto a la situación laboral deseable a cada caso.
- Se avanzará en el modelo de Consulta de Alta Resolución o de un solo día. En aquellos Centros en los que ya se está prestando este tipo de Consulta, se tenderá al aumento de esta actividad. En aquellos otros Centros en los que no se ha implantado todavía, a lo largo del año se implantará de modo progresivo en al menos tres especialidades. Estos aspectos se reflejan específicamente para cada Centro en el Anexo II.2
- Fijación de pactos "oferta-demanda" realistas entre Atención Primaria y Atención Especializada. Se realizará un seguimiento de los mismos por ambas Gerencias y se monitorizará el mutuo cumplimiento de los mismos para su oportuna corrección.
- Todas las agendas estarán informatizadas, de tal manera que los Centros puedan conocer y suministrar información de actividad y demoras en todas y cada una de sus actividades programadas.
- Definición clara de tiempos asignados para cada primera consulta, estos tiempos serán pactados por las Direcciones Médicas y los distintos Servicios, pero en cualquier caso no deberán ser superiores a los indicados en la Tabla II.
- Se avanzará en la descentralización y mecanización de la citación de las consultas, con mejora en el tiempo de respuesta a la solicitud de la cita que preferentemente será instantánea. Una vez solicitada la cita será responsabilidad del Centro toda comunicación con el usuario en cualquier aspecto relativo a la cita, no necesitando el paciente tomar ninguna medida activa adicional.
- Se tenderá hacia la gestión de Agendas de Especializada por parte de Atención Primaria. A fecha 31-12-2003, todas las Agendas de Citaciones de Consultas podrán ser gestionadas desde A. Primaria.
- Se mantendrán las agendas de citaciones estables, para ello se prohíben explícitamente los cierres de agenda temporales, se conocerán al menos con 3 meses de antelación la repercusión de libranzas de guardia y vacaciones y no se aceptará por ningún Servicio de Admisión descitaciones propuestas desde los propios Servicios con menos de 15 días de antelación.
- Las citas para revisión serán responsabilidad exclusiva del especialista y/o Servicio que las indique. Cada Hospital adecuará los medios oportunos para ayudar en el proceso de citación de esas revisiones desde los Servicios. Se recuerda que la revisión lo es tal, con independencia del período más o menos largo en el que se indique la misma.
- Se descenderá el número de primeras citas fallidas mediante la instauración de sistemas de confirmación de cita en las 48-72 horas previas a la consulta vía telefónica. Los huecos que se generen se rellenarán con pacientes citados preferentes, en situación de baja laboral, o en período límite para estar fuera del plazo marcado por la Ley de Garantías.
- Las Direcciones de cada Hospital valorarán la adecuación del número de pacientes diarios nuevos citados en cada Consulta, tomando las medidas que fueran pertinentes para ajustarlas en su caso a los estándares de referencia recogidos en la Tabla III.

- Enviar por correo, al paciente y al médico de A. Primaria, un informe del Especialista con los resultados de los programas de screening, cuando estos sean normales para así evitar revisiones innecesarias.
- Establecer sistemas de alarmas clínicas en todas las consultas. Así los resultados de las exploraciones serán revisados con periodicidad corta por los facultativos y caso necesario se contactará con el paciente o con su médico de cabecera.
- El estudio preoperatorio del paciente programado se deberá realizar ambulatoriamente y con el modelo de "alta resolución".
- Los estudios ecográficos tocológicos y ginecológicos se tenderán a realizar en la misma cita de consulta en aquellos Servicios de Tocoginecología que incluyan este procedimiento en su Cartera de Servicios. Asimismo en el caso de exploraciones complementarias con contenido clínico (endoscopia, ecocardiografía etc), se aprovechará esta visita al especialista para evitar en lo posible una nueva consulta sucesiva que tenga como único fin el informar del resultado de la exploración.
- En todas las Areas Sanitarias se iniciará un Programa de interconsultas bien telefónico, o telemático entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria. Dicho programa estará dirigido tanto a evitar consultas innecesarias, como a organizar mejor el flujo de envío de pacientes preferentes por razones clínicas o de índole sociolaboral. Por lo tanto y como mínimo a final del año 2003 estos programas estarán funcionando en al menos tres especialidades en cada Centro, que se detallan en el Anexo II.2.
- Realización de la primera receta en Atención Especializada en la totalidad de las prescripciones a pacientes dados de alta de hospitalización y en los atendidos en consulta externa. Se tenderán no obstante a respetar los tratamientos prescritos por A. Primaria siempre y cuando se trate del mismo principio activo y no se genere un gasto adicional. De ese modo se reforzará la actuación del médico de A. Primaria por parte del Especialista.
- Cuando mediante la actividad ordinaria no sea factible poder cumplir los objetivos señalados, se pondrán en marcha a criterio de las Direcciones Gerencias actuaciones extraordinarias como las que siguen:
 - o Actividad autoconcertada
 - o Contratos puntuales de más facultativos (acumulo de tareas, no consolidables)
 - o Concertación externa

Estas medidas serán tomadas tras haber valorado los Equipos Directivos si los rendimientos en jornada ordinaria son los suficientes, y si el número de autoderivaciones entre Especialistas es asimismo razonable. Una vez dichas medidas sean puestas en marcha, se les dará la continuidad suficiente en el tiempo para que puedan mantenerse los tiempos de espera dentro de los márgenes definidos en este Contrato de Gestión.

En la actividad extraordinaria que se concierte, los rendimientos a exigir de la misma serán al menos iguales a los obtenidos en jornadas de actividad ordinaria, y en cualquier caso nunca inferiores a los recogidos en la Tabla III .

La financiación de estas medidas se hará con cargo al Presupuesto del Hospital recogido en el Anexo V (Apartado de Financiación de Planes de Demora).

- De cara tanto a una mejor citación de pacientes, como a poder ser derivados en su caso a Conciertos Externos, es necesario que los Centros tengan información clara del motivo por el que son remitidos desde Atención Primaria. En ese sentido se informará a la Gerencia de A. Primaria acerca de los procesos concretos de consultas concertados externamente. Así los envíos de pacientes desde A. Primaria se podrán realizar lo más orientados posible hacia esa eventual externalización.

1.1.1.3.- Area de exploraciones complementarias

Para las exploraciones diagnósticas de Atención Especializada, se fijan los siguientes objetivos a 31 de diciembre de 2002:

- La demora máxima no podrá superar los 30 días a lo largo de todo el año.
- La demora máxima a 31 de Diciembre de 2003 será de 20 días.
- La demora máxima para mamografía, TC, RM, endoscopias y ecografía en pacientes con sospecha de patología maligna será de 15 días durante todo el ejercicio.

La consecución de estos objetivos será posible por la aplicación de las siguientes medidas:

- Aumentar la actividad de exploraciones diagnósticas en el global del SESCAM en xxxx, con objetivo de conseguir una disminución global de xxxx en LE. Los aumentos a realizar en cada Centro y su disminución de L.E. se recogen en el Anexo II.3
- Todas las agendas estarán informatizadas, de tal manera que todos los hospitales puedan conocer y suministrar información de actividad y demoras en todas y cada una de sus actividades programadas.
- Definición clara de tiempos medios asignados para cada exploración, estos tiempos serán pactados por las Direcciones Médicas y los distintos Servicios, pero en cualquier caso no serán superiores a los indicados orientativamente en la Tabla II.
- Se avanzará en la descentralización de la citación de las exploraciones, con mejora en el tiempo de respuesta a la solicitud de la cita que preferentemente será instantánea. Una vez solicitada la cita será responsabilidad del Centro toda comunicación con el usuario en cualquier aspecto relativo a la cita, no necesitando el paciente tomar ninguna medida activa.
- Se mantendrán las agendas de citaciones estables, para ello se prohíben explícitamente los cierres de agenda temporales, se conocerán al menos con 3 meses la repercusión de libranzas de guardia y vacaciones y no se aceptará por ningún Servicio de Admisión descitaciones propuestas desde los propios Servicios con menos de 15 días de antelación.
- Se descenderá el número de exploraciones con citas fallidas mediante la instauración de sistemas de confirmación de cita en las 48-72 horas previas vía telefónica. Los huecos que se generen se rellenarán con pacientes preferentes, en situación de baja laboral, o próximos a rebasar el plazo de demora marcado por la Ley de Garantías.
- Las Direcciones de cada Hospital valorarán la adecuación del número de pacientes diarios citados en cada sesión de exploraciones y tomarán las medidas que fueran pertinentes para ajustarlas a los estándares recogidos en la Tabla III.
- En el caso de que una especialidad realice varias exploraciones complementarias distintas, el número de programaciones de unas y otras agendas se deberá variar de acuerdo a la demanda existente, de modo que los tiempos de espera sean lo más homogéneos posibles entre las distintas agendas.
- Cuando mediante la actividad ordinaria no sea factible poder cumplir los objetivos señalados, se pondrán en marcha a criterio de las Direcciones Gerencias actuaciones extraordinarias como las que siguen:
 - o Actividad autoconcertada
 - o Contratos puntuales de más facultativos (acumulo de tareas no consolidables)
 - o Concertación externa

Estas medidas serán tomadas tras haber valorado los Equipos Directivos si los rendimientos en jornada ordinaria son los suficientes. Una vez dichas medidas sean puestas en marcha, se les dará la continuidad suficiente en el tiempo para que puedan mantenerse los tiempos de espera dentro de los márgenes definidos en este Contrato de Gestión.

En la actividad extraordinaria que se concierte, los rendimientos a exigir de la misma serán al menos iguales a los obtenidos en jornadas de actividad ordinaria, y en cualquier caso nunca inferiores a los recogidos en la Tabla III .

La financiación de estas medidas se hará con cargo al Presupuesto del Hospital recogido en el Anexo V (Apartado de Financiación de Planes de Demora).

1.1.1.4.- Area de Hospitalización y Urgencias

La mejora de la atención prestada durante la hospitalización, es necesaria tanto en sí misma por atender aquí a los pacientes más necesitados de cuidados, como para mejorar el rendimiento de estos recursos, liberando camas para facilitar la actividad programada.

Para todo ello, y a lo largo del ejercicio 2003 se avanzará en las siguientes direcciones:

- Asignar médico responsable a cada paciente ingresado, con identificación fácil del nombre del mismo y de su horario de información. Este facultativo será el responsable último del paciente con independencia de que haya otros interconsultores; será por tanto el interlocutor válido para el paciente y su familia.
- Monitorizar la calidad de los informes de alta, cuya emisión se deberá hacer coincidente con el momento de la misma. Se enviará copia del informe bien telemáticamente o por correo ordinario al Médico de Atención Primaria del paciente.
- Se organizará la interconsulta hospitalaria de modo eficiente. Si el volumen lo justifica se valorará la creación de un equipo específico de interconsultores que evite en lo posible la existencia de partes interconsultas abiertos simultáneamente a varias especialidades. La actividad de interconsulta será contabilizada por cada Servicio y se hará llegar con periodicidad a Dirección Médica para su evaluación y conocimiento.
- Visita médica diaria: Los pacientes ingresados deberán ser vistos por el médico responsable o el equipo de guardia diariamente. Será responsabilidad de cada Servicio, tutelada por la Dirección Médica, que los sábados y festivos se realice una visita médica reglada a todos y cada uno de los pacientes, con la duración que las circunstancias clínicas aconsejen a cada uno de ellos.
- En relación al punto anterior, se arbitrarán los mecanismos organizativos necesarios para que puedan cursarse altas médicas también durante los fines de semana cuando médicamente esté indicado.
- Atención inmediata a ingresos: Los ingresos procedentes de Urgencias, podrán ser indicados bien por el Facultativo de Urgencias o el Especialista de Guardia, según el modelo organizativo del que se haya dotado cada Centro. No obstante desde el momento en el que el paciente es ingresado, su atención integral es responsabilidad del Servicio en el que ha hecho el ingreso, y por lo tanto deberá ser evaluado por un médico de ese Servicio –habitualmente el de guardia- a la mayor brevedad. Las tareas mínimas a realizar tras el ingreso son: Adecuación de las órdenes terapéuticas, información clínica a paciente y sus familiares, y puesta en marcha de solicitudes de las exploraciones complementarias oportunas.

- Prevenir los ingresos y estancias innecesarias, para ello se trabajará en las siguientes direcciones:
 - o Detección de riesgo social al ingreso
 - o Desarrollo de consultas específicas de revisiones de altas precoces. El tiempo de citación de estas revisiones será muy ágil, y el número de revisiones a cada paciente en este tipo de consultas limitado.
 - o Descenso de estancia media preoperatoria en aquellos hospitales por encima de la media del SESCAM, estableciendo para cada Centro un objetivo específico y que se detalla en el Anexo II.1.
 - o Aplicación de estudios de revisión de la utilización (Protocolo AEP) para detectar causas de inadecuación

- Aumentar en lo posible los tratamientos realizados en hospital de día respecto a los pactados en 2002, con la consiguiente disminución de los ingresos y estancias hospitalarias originados por procesos susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial. En el Anexo II.4 se recoge la actividad de Hospital de Día para cada Centro.

- Mantener como poco el índice de estancia media ajustada (IEMA) respecto al obtenido en año 2002, con el consiguiente ahorro de estancias y camas, que pueden ser utilizadas para aumentar la actividad, o ser objeto de reordenación si fueran excedentarias.

- Nuevas fórmulas de Hospitalización: Además de potenciar la atención ambulatoria mediante las consultas de alta precoz, e incrementar las actividades de los Hospitales de Día, cada Centro realizará un análisis de situación de cara a poner en marcha alternativas a la Hospitalización convencional, como Unidades de Corta Estancia, Hospitales de semana, u otras alternativas que consideren.

- Reevaluación de puestos de guardia: Se valorará la actividad, necesidad, y prestación que ofrecen los actuales puestos de guardia, Serán valorados positivamente aquellos puestos de guardia que colaboren activamente con los Servicios de Urgencias, o que además de la atención estrictamente urgente, realicen durante las guardias otro tipo de actividad que se encaminen a un funcionamiento más racional del Servicio o Especialidad.

- Organización de los Servicios de Urgencia: Se evaluará en cada Centro el esquema de funcionamiento del Servicio de Urgencias, de cara a poder aumentar si procede la eficiencia de éste y a dirigir su enfoque al usuario. En este sentido a lo largo del año 2003 se difundirá un documento que recogerá las Líneas Generales de Organización de los Servicios de Urgencias del SESCAM. En cualquier caso en la actividad del Servicio de Urgencias estará implicado no exclusivamente el personal propio del mismo, sino el resto del Hospital y de modo específico los equipos de guardia de cualquier especialidad.

1.1.3.- Potenciar los programas asistenciales a determinados colectivos

-Avanzar en el desarrollo del Plan Integral de Atención a la Mujer:

Implica una adecuada coordinación con la Atención Primaria para la consecución de los objetivos del mismo en los términos establecidos en el Plan. En este sentido se dotará a Atención Primaria del protagonismo que merece en determinadas actuaciones en este campo como la atención contraceptiva, revisión de mujer sana, y seguimiento del embarazo. Dentro de esta misma línea durante el año 2003 se asistirá a la definitiva consolidación de la implantación de la analgesia epidural en el parto y se idearán vías que permitan la rehabilitación postquirúrgica de pacientes oncológicas.

-Mejora de la Atención psiquiátrica:

Se avanzará en el desarrollo de las líneas contenidas en el Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha.

- En la infancia y adolescencia a través de la integración a lo largo del año en cada Hospital de las Unidades Ambulatorias de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde las haya.
- Desarrollar equipos uniprovinciales de Atención Psiquiátrica domiciliaria a lo largo de este año.
- Potenciar los Hospitales de Día psiquiátricos
- Desarrollar o facilitar la Psiquiatría de Enlace en los Centros Hospitalarios.
- Promoción de consultas específicas de alta precoz y de alto riesgo para de ese modo facilitar las altas y evitar reingresos de los pacientes más graves.
- Garantizar que en cada Área Sanitaria existe, documentado, un programa de atención integral a los trastornos de la conducta alimentaria
- Desplazamiento donde proceda de equipo de especialistas a los Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento periféricos.

-Mejorar la Atención a los pacientes terminales:

La continuidad asistencial es un elemento esencial de calidad de la Atención en cuidados paliativos, que sin embargo deben estar ordenados y coordinados por lo variado de los dispositivos de los que se dispone. Así coexisten al menos los siguientes tipos de dispositivos que dirigen su actuación total o parcialmente al paciente terminal: Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias, desarrolladas en colaboración con la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer y los equipos de soporte y atención domiciliaria, puestos en marcha en Atención Primaria. Debe por ello tenderse a que en todos los hospitales se disponga de algún tipo de estos recursos, previa realización de una evaluación de todos los dispositivos existentes y promoviendo una adecuada coordinación entre ellos. En la línea de esta coordinación entre equipos, se articulará un mecanismo de evaluación, entrada, y seguimiento de pacientes en estos programas, en los que participarán tanto los Servicios Clínicos del Hospital, como los equipos que vayan a prestar la atención domiciliaria. Asimismo se diseñarán circuitos para la vuelta puntual y ágil al Hospital de estos pacientes cuando se requiera.

1.1.4.- Mejorar la calidad durante la asistencia

El Plan de Calidad en las instituciones sanitarias tiene como objetivo obtener la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible. El Plan de Calidad del año 2003 contiene varios objetivos relacionados específicamente con la calidad percibida por pacientes y familiares, que desarrollan dimensiones de la calidad no desarrolladas en otros apartados:

- Mantener a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios de Atención Especializada de cada Centro.
- Estará activo permanentemente un programa de acogida a pacientes
- Divulgar a la población general los resultados del Plan de Calidad de Atención Especializada de cada centro.

- Garantizar el cumplimiento de los estándares que figuran en el Anexo IV del presente Contrato de Gestión en sus vertientes de Calidad Científico-Técnica, Calidad percibida y Liderazgo y Cultura de Calidad.
- Hostelería: Mejoras en los aspectos relativos a dietas, comunicaciones, mobiliario, limpieza, así como seguridad, en especial los aspectos relacionados con un uso adecuado y coherente con el correspondiente Plan de Emergencia y Evacuación del Hospital
- Confortabilidad en las habitaciones de hospitalización así como en las distintas salas de espera de los servicios ambulatorios.
- Señalización mediante unos criterios de legibilidad e imagen corporativa homogéneos, evitando los avisos indiscriminados que pueden dar lugar a la confusión y desorientación dentro del hospital y en su entorno exterior.
- Mejorar en la consecución de objetivos relacionados con los derechos y deberes de los pacientes, así como con su participación en el proceso asistencial:
 - o Todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tendrán un plan de información
 - o Mejora de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.
 - o Fomentar la participación de los pacientes en el proceso asistencial
- Los pacientes que lo soliciten, tendrán derecho a recibir una segunda opinión diagnóstica. Esta prestación se llevará a cabo bien por otro facultativo del mismo Servicio, o por otro Servicio que elija el usuario, pero perteneciente a la red del SESCAM. Todos los Centros tendrán por lo tanto la obligación mutua de prestarse ese servicio.

1.2.- Aumentar la eficiencia

1.2.1.- Avanzar en la ambulatorización de procesos

Se avanzará en esa dirección siguiendo las líneas que ya se han expresado en los apartados anteriores correspondientes a Hospitalización y Actividad Quirúrgica.

1.2.2.- Aumentar el rendimiento de las instalaciones

La necesidad de aumentar la actividad con el fin de afianzar la consecución de los objetivos de demora, ha dado lugar a realizar en prácticamente todos los hospitales actividad programada en jornada de tarde, bien sea con profesionales que desarrollan en este horario su actividad ordinaria a través de los denominados programas de autoconcertación o, donde ello fuera posible con especialistas mayores de 55 años que solicitan la exención remunerada de guardias.

Por ello para el año 2003 se establecen los siguientes objetivos:

- Extender la actividad programada de tarde a todos los hospitales con demoras en exploraciones, consultas y/o intervenciones programadas superiores a los objetivos institucionales, siempre y cuando los rendimientos de los recursos en jornada de mañana estén suficientemente optimizados, y utilizando siempre como primera opción la actividad de especialistas mayores de 55 años con exención remunerada de guardias.

- Se instaurará por las Direcciones Gerencias un programa de autoconcertación, cuyo diseño y seguimiento durante el año será responsabilidad del Director Gerente. Mensualmente se enviará a los Servicios Centrales información respecto al volumen de tal actividad y su coste.
- La actividad autoconcertada una vez puesta en marcha, si es preciso se mantendrá en el tiempo para la contención de las demoras. De cara a una organización eficiente de la misma se pactará con los Servicios y los facultativos un compromiso de continuidad de la misma durante un periodo suficientemente prolongado.
- Cada Dirección valorará si el número de primeras consultas y exploraciones citadas diariamente en cada consulta o gabinete es el conveniente para el justo equilibrio entre un aumento de la actividad con la calidad de la misma. Asimismo se tomarán en consideración los rendimientos de la jornada ordinaria para el cálculo de la actividad pactada en programas de autoconcertación.
- Desde los Servicios Centrales, se dará información a las Gerencias que lo soliciten en cuanto a precios de referencia de autoconcertación.
- En determinadas especialidades, se tenderá a crear agendas monográficas de patologías muy prevalentes, banales o muy estandarizadas, de modo que el rendimiento se incremente en esa agenda. A modo de ejemplo se debería contar con consultas específicas de agudeza visual, revisión de mujer sana, estudios electrofisiológicos del carpo etc.
- Los estudios preoperatorios de rutina se realizarán en todos los Centros de acuerdo a un modelo de alta resolución.

1.2.3.- Mejora de los niveles de resolución y Nuevas Acciones

A lo largo del año 2003, se avanzará hacia un mayor grado de resolución por parte de los Centros. Para ello se monitorizarán mensualmente las derivaciones hechas a otros hospitales, propios o de otras Comunidades o de régimen privado. Dicho proceso de monitorización se dirigirá preferentemente a aquellas derivaciones realizadas a especialidades que están disponibles en el propio Centro.

Este grupo concreto de derivaciones será supervisado, y autorizado tanto por el equipo directivo, como por los responsables de los Servicios que derivan.

En el Anexo II.5 se recoge para cada Centro el objetivo máximo de derivaciones para cada Especialidad durante el año 2003.

Como fruto de la información que se obtenga, podrán detectarse las carencias de cada Centro en cada especialidad, y que serán consideradas en la priorización de las Nuevas Acciones que se contemplen en los sucesivos ejercicios.

Por lo que a la autorización de las Nuevas Acciones de los Centros para los años 2003 y los sucesivos, los criterios que se van a seguir son los que siguen:

- Ajuste dentro del contexto general del SESCAM, una nueva prestación lo será no sólo para el Centro autorizado, sino referencia del resto de los Hospitales. Asimismo para su idoneidad se valorará la situación en el resto de los Centros, para que los desarrollos de los Hospitales sean coordinados entre sí.
- Se priorizarán aquellas que vayan en las líneas de actuación del Plan de Salud de Castilla La Mancha y del SESCAM. En el momento actual sigue siendo prioritaria la mejora en los tiempos de atención, la coordinación entre niveles asistenciales, la tendencia a una mayor eficiencia mediante la ambulatorización de procesos, el acercamiento de recursos asistenciales al usuario y la implantación de modelos de consultas de alta resolución. Todo ello con mantenimiento o mejora de los niveles de seguridad y calidad.

- Para la concesión de un aumento de recursos, se considerará el aprovechamiento actual de los existentes y su nivel de eficiencia.
- Las nuevas acciones se propondrán de acuerdo en primer lugar con los intereses del paciente, y no dirigidas a los propios del Servicio en particular.
- Las nuevas técnicas y tratamientos que se incorporen, habrán demostrado su utilidad, seguridad, y relación coste/beneficio favorable antes de ser incorporadas.
- Se valorarán positivamente todas aquellas nuevas acciones que eviten derivaciones de un Hospital a otro del SESCAM, o de otras Comunidades.
- Tienen también consideración de Nuevas Acciones, aquellas actuaciones que ya se hayan iniciado puntualmente en 2002, y que se considere desde Servicios Centrales que deben tener continuidad. Es el caso por ejemplo de nuevas contrataciones que se hayan realizado sin estar reconocidas en las nuevas acciones del 2002, y que se consideren no prescindibles. Estas acciones de regularización de situaciones previas, si son justificadas, contarán con preferencia sobre las demás.

1.2.3.- Mejorar la prescripción y controlar el gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico en Atención Especializada tiene dos componentes: la farmacia hospitalaria y la prescripción a través de receta médica. A su vez el primero puede desagregarse en pacientes hospitalizados, ambulantes y externos

Los objetivos a conseguir en este año son:

- El incremento progresivo del porcentaje de camas con dosis unitaria en los hospitales, según se recoge en Anexo II.4.
- Contención del gasto farmacéutico, que no se incrementará por encima del 6% como media respecto al presupuestado para 2002.
- Realización de estudios comparativos del consumo de medicamentos ligado a la actividad y complejidad entre hospitales de similares características, destinados tanto a mejorar los mecanismos de compra como el uso eficiente de medicamentos en el hospital.
- Monitorización de tratamientos ambulatorios de alto coste en grupos seleccionados de pacientes: SIDA, tratamiento de la hepatitis C, y otras terapias con productos obtenidos mediante tecnología genética, o que conlleven un coste unitario por paciente excepcionalmente elevado. En este último caso la introducción de nuevos pacientes tendrá que ser aprobada por la Dirección Médica, quien podrá recabar segunda opinión de otros especialistas, bien del propio Centro o de cualquier otro.
- Disponer de una Guía Farmacoterapéutica de obligada edición, difusión y actualización periódica y disponible tanto en Web como en papel y adaptada a la actividad asistencial del hospital. La Guía incluirá no sólo los fármacos usados en Hospitalización, sino también aquellos otros susceptibles de ser usados en Consultas Externas. Esta Guía será difundida también en el ámbito de Atención Primaria, con el horizonte de tender en el futuro a una única Guía del Area Sanitaria.
- Es responsabilidad del Equipo Directivo que la inclusión de todo fármaco nuevo en la Guía se haga según criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad. Se dispondrá de un informe técnico de evaluación elaborado en base a estos criterios y acompañado cuando proceda de un protocolo terapéutico que incluya las indicaciones clínicas del nuevo fármaco en el hospital, aprobado todo ello por la Comisión de Farmacia.

- Realizar, a través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, al menos dos estudios de utilización de medicamentos en pacientes hospitalizados distintos a los del año 2002. Serán objeto de estos estudios al menos los grupos que refieren en el Anexo II.4.
- Se realizará por cada Hospital una tabla de equivalencias dentro de cada grupo, para homogeneizar los tratamientos de pacientes hospitalizados. De ese modo se podrá sustituir un principio activo por otro bioequivalente de cara a reducir el stock de farmacia de los Centros.
- Realizar el seguimiento del consumo de medicamentos en las áreas principales del hospital, monitorizando el coste farmacoterapéutico de los 10 GRD's con mayor impacto. Asimismo se recogerá el coste por tratamiento oncohematológico realizado en Hospital de Día.
- Mantener operativo el programa de seguimiento de la prescripción a través de receta, trabajando en aumentar la realización de la primera receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria, tanto como forma de mejora de la atención al paciente como medio para monitorizar la prescripción. El programa de implantación de la receta no incluye a los pacientes dados de alta en el área de Urgencias, a los que debe facilitarse la medicación necesaria hasta que acudan a su Centro de Salud.
- Progresivamente se implantará la receta electrónica, y ésta tendrá adherencia al contenido de la Guía Farmacoterapéutica del Centro. Asimismo se evaluará la adecuación de las prescripciones a través de receta a la citada Guía.
- Regulación de la visita médica en los Centros, acorde a las instrucciones que se recibirán.
- Conocimiento y regulación, por parte de los equipos directivos de las actividades de formación o de promoción que realicen los Laboratorios con el personal del Hospital y sus Servicios.
- Evaluar la adhesión de las prescripciones a través de receta médica a la Guía Farmacoterapéutica del hospital
- Estos objetivos deben trasladarse a los pactos con las Unidades Asistenciales, estableciendo un circuito de difusión periódica de la monitorización de los indicadores citados a todas ellas.

1.2.4.- Mejorar la calidad científico-técnica y la adecuación en el uso de los recursos

El Plan de Calidad del Contrato de Gestión incluyó, en años anteriores, objetivos en los que se consiguieron buenos resultados en la mayoría de los hospitales. Por tanto, estos objetivos alcanzados se consideran estándares de calidad propios de la Organización que se deben mantener.

Además se incluyen un conjunto de objetivos comunes para todos los hospitales, relacionados con áreas donde aún quedan oportunidades de mejora y que se consideran prioridades de la organización. En este campo constituye una prioridad los objetivos orientados a promover que la práctica clínica esté basada en la evidencia y que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos, promocionando el consenso con otros profesionales. Como reflejo de esto son prioritarios:

- Implantación de guías de práctica clínica
- Implantación de vías clínicas

De modo progresivo, los hospitales deben orientarse hacia el paciente, y en esa línea se debe tender a gestionar la actividad por procesos. En esa línea una herramienta útil es el diseño de las llamadas Vías Clínicas. Por ello también en el 2003 se deberá profundizar en la elaboración de las mismas, de tal forma que al final del ejercicio estén instauradas en al menos cuatro procesos frecuentes en el Hospital. Cada Centro definirá estos cuatro procesos y como tal quedan recogidos en el Anexo II.3. De cara a poder realizar un registro tanto autonómico como nacional de las citadas vías, se tendrá archivo de todas las que cuente el Hospital.

La monitorización de indicadores de calidad, constituye una parte básica del Plan de Calidad. Con respecto a la monitorización de indicadores por seguir siendo de utilidad, se incluirán también en este ejercicio los que siguen: mortalidad perioperatoria por procesos, ingresos tras cirugía ambulatoria (estos dos extraídos de la información de CMBD), adecuación en la utilización de vías venosas en Servicios de Urgencia, calidad de la prescripción farmacéutica y las tasas de reingreso hospitalario y en Urgencias.

II.- DOCENCIA, FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN

II.1.- Docencia Pregraduada

Se hace necesario conocer el volumen de recursos destinado a este fin. Para ello se identificarán el número y horario de profesores vinculados y asociados en Ciencias de la Salud.

II.2.- Docencia Postgraduada

Los profesionales en formación (MIR, FIR, QIR) son una parte fundamental para el desarrollo del Hospital y para la motivación de los profesionales. Por ello es necesario impartir una formación de calidad, siendo éste además un objetivo irrenunciable para consolidar el prestigio de un Centro.

Es imprescindible la implicación mutua de las Comisiones Locales de Docencia y del Equipo Directivo del hospital para que los objetivos de estos programas tiendan a la excelencia, sin olvidar por parte de los profesionales en formación cuales son sus compromisos con el Hospital.

II.3.- Formación Continuada

En este marco, los objetivos para el año 2003 son:

- Elaborar por parte de cada hospital un Plan de formación, único e integrado, que responda a las necesidades específicas de formación de todos sus profesionales y aborde temas directamente relacionados con la carencias del Hospital, junto con los definidos como prioritarios a nivel institucional.
- Facilitar a los Servicios el desarrollo de Sesiones Clínicas. Para ello el horario de las Sesiones será conocido con un trimestre de antelación por la Dirección para actuar sobre la programación de la actividad de modo que se facilite la asistencia. En consecuencia de esta repercusión de la Sesión sobre la actividad, la asistencia a las mismas deberá ser efectiva.
- Se difundirán dichos calendarios a Atención Primaria para su conocimiento de cara a participar en ellas, siendo esto asimismo válido para las Sesiones Generales de Hospital.

- Se regularizará el tiempo dedicado a Formación Continuada fuera del Hospital, - Congresos-. Como línea general se propone primar a aquellos facultativos que participen activamente en los mismos mediante producción científica. Por ello, se sugiere que cada facultativo disponga de un máximo de 5 días anuales para asistencia a Congresos, con la salvedad que a aquel que presente ponencias, comunicaciones etc, no le sea computado ese consumo de días.
- La asistencia a Cursos y Congresos, contará con el conocimiento y aprobación del Jefe o responsable del Servicio, y de la Dirección Médica. Asimismo será conocido el mecanismo de financiación de la citada actividad, quedando recogidas estas asistencias y su financiación en un registro en Dirección Médica. Anualmente se enviará a la Dirección General de Atención Sanitaria un resumen de dicho registro.
- Los Ensayos Clínicos se regularán según las instrucciones que se irán recibiendo desde los Servicios Centrales. En las mismas se orientará que dichos ensayos tengan la suficiente calidad científica, en detrimento de aquellos otros que tengan como objetivo más o menos directo la promoción de fármacos en fase de postcomercialización.

III.- MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN

III.1.- Salud Laboral

Mejora de la motivación de los trabajadores por el establecimiento de unos niveles aceptables de seguridad y salud de los mismos que redundará en una mayor satisfacción de los mismos en la realización de su trabajo.

La legislación actual sobre prevención de riesgos laborales impone al empresario la obligación de proteger a los profesionales frente a los riesgos laborales, lo cual implica que debe garantizar su seguridad y salud en todos los aspectos relacionados con el trabajo. En esta línea la evaluación inicial de los riesgos es el punto de partida para realizar una planificación de la actividad preventiva en un determinado centro de trabajo.

Una vez constituidos los Servicios de Prevención, se hace necesario que éstos empiecen a cumplir las funciones que justifican su creación. En este sentido se deben realizar la evaluación de los riesgos laborales en el ámbito geográfico en que se ubican, poniendo además en marcha un sistema estable de vigilancia de la salud de los profesionales.

Otra obligación que la legislación actual impone es la de analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los profesionales.

Para conseguir su cumplimiento será preciso durante el año 2003:

-Realizar la evaluación inicial y luego continua, de riesgos laborales en los centros ubicados en el ámbito geográfico competencia del correspondiente Servicio de Prevención.

-Iniciar con carácter regular, a partir de las consultas ordinarias de los Servicios de Prevención, los exámenes de salud o reconocimientos médicos de los profesionales, confeccionando a la vez de forma sistemática la historia clínico-laboral.

-Actualizar y hacer operativo el plan de emergencias elaborado e implantado en el Centro Hospitalario.

III. 2.- Dirección Participativa por Objetivos

Aunque todavía están por definir previa negociación en Mesa Sectorial los criterios de incentivación para 2003 es preciso concentrar los esfuerzos en la consolidación y mejora del sistema implantado en años anteriores.

Si se considera que diseñar un buen sistema de incentivación requiere un periodo de tiempo prolongado, es fundamental avanzar sobre unas líneas maestras. Con este principio orientador, en el año 2003 se deben lograr los siguientes objetivos:

- Todos los profesionales deben implicarse en la elaboración y consecución de los objetivos de la Unidad en que están integrados. Esta vinculación se ligará a la percepción de Productividad Variable
- Los objetivos serán conocidos por los profesionales y ratificados mediante firma.
- La percepción de las cuantías de Productividad Variable debe estar vinculada a la consecución tanto de los objetivos pactados de actividad y calidad entre los responsables de su Unidad y la Dirección, como al cumplimiento presupuestario.
- Todo objetivo que se establezca debe ir acompañado de un sistema de evaluación definido y consensuado entre las partes, y ligado a un porcentaje de la Productividad Variable conseguida por el Servicio.
- Los objetivos y su correspondiente sistema de evaluación tienen que ser conocidos por los representantes de los trabajadores de cada centro y la Comisión Mixta, que de acuerdo con la normativa vigente deben participar en el posterior proceso de asignación de Productividad Variable. Asimismo podrán ser consultados por cualquier trabajador del Centro.
- En el actual ejercicio se primará especialmente de cara a la consecución de objetivos de Productividad Variable los siguientes aspectos generales, que luego se podrán ajustar específicamente a cada Servicio de acuerdo con su naturaleza y problemática:
 - Participación activa en la mejora de coordinación A.Primaria y Especializada
 - Cumplimiento de los objetivos de actividad y demoras del Servicio o Unidad
 - Cumplimiento del horario: puntualidad y grado de absentismo
 - Participación activa en políticas de contención de gasto farmacéutico
 - Colaboración en el cumplimiento del presupuesto asignado.
 - Implicación en programas de control de demoras
 - No utilización por los usuarios del Servicio o Unidad de la Ley de Garantías

IV.- DESCENTRALIZAR LA GESTION

La descentralización de la gestión, para ser efectiva y eficiente, precisa que una serie de herramientas básicas de gestión estén implantadas en todos los hospitales y servicios periféricos. Por ello continuarán promoviéndose actuaciones dirigidas a:

- Mejorar los sistemas de información asistencial:

- Manteniendo el porcentaje de codificación de altas por encima del 97%, y mejorando la calidad de la codificación, principalmente de los procedimientos y las complicaciones.
- Alcanzar el 95% de codificación de los procesos de cirugía ambulatoria y el 40% de los tratamientos en hospital de día.
- Implicar a los médicos clínicos en los procesos de información asistencial, se sugiere la realización de sesiones conjuntas con los codificadores del Hospital, así como

reuniones periódicas de éstos con los responsables de los Servicios para mejorar la coordinación.

- Todos los hospitales tendrán informatizadas todas las agendas de citas, y con la periodicidad que se establezca enviarán los datos a los Servicios Centrales, de acuerdo con los criterios de recogida descritos en el Sistema de Información.

- Mejorar los sistemas de información de costes:

Las actuaciones en el desarrollo de la Gestión Analítica en los Centros van ir encaminadas a:

- Reducir la demora en la realización y entrega de los datos a los Servicios Centrales.
- Garantizar la entrega de los costes a los Servicios y profesionales de los Centros.
- Ampliar la implantación del coste proceso mediante el sistema de asignación de coste al paciente.
- Mejorar los criterios de asignación de costes por paciente mediante la elaboración de catálogos normalizados y homologados por Servicios Centrales.
- Avanzar en la obtención de unos costes por consultas externas realistas.

La implantación de estas herramientas, para ser real, debe conllevar su conocimiento y utilización cotidiana por todos los agentes implicados en el proceso de compra y provisión de servicios, por lo que deberán además realizarse actividades de formación continuada específica en estas materias.

V.- INVERSIONES Y PAGO A PROVEEDORES

V.1.- Gestión de facturas

La mejora de la tramitación de las facturas de los proveedores de los Centros de Gestión del SESCAM es necesaria para conseguir el pago de las mismas dentro del plazo establecido en la normativa vigente y para evitar retrasos que den origen a reclamaciones administrativas de intereses de demora.

A este efecto se considera muy importante el registro de las facturas, mediante la estampación de un sello en el original de las mismas y en una copia, en el que figure el nombre del Centro de Gestión, el número de registro del documento y la fecha de entrada en el mismo. Devolviendo al proveedor la copia sellada de la factura donde consten los datos citados de forma legible y anotando en registro de documentos de entrada los siguientes datos: número de registro, fecha del mismo, número de factura, proveedor e importe total de la factura.

El control de la fecha de entrada de las facturas en los Centros de Gestión, permitirá detectar los retrasos en los envíos de las facturas, mediante comparación con las fechas de entrega física de la mercancía y con la fecha de la factura, que si fuera en perjuicio del SESCAM podría dar lugar a las medidas correctoras oportunas. El conocimiento de la fecha de entrada de las facturas de proveedores, facilitará el control de los periodos empleados en el Centro de Gestión en la tramitación de las mismas hasta la fecha de validación del Documento de reconocimiento de la obligación, y a las correcciones necesarias cuando dichos periodos fueran causantes del pago de intereses

Por tanto es necesario el establecer en el Centro de Gestión también durante el 2003, el registro sistemático de todas las facturas de proveedores que se produzcan como consecuencia de prestación de servicios o suministros al mismo.

A este efecto se pretenden conseguir los siguientes objetivos para el 2003:

- Se estampillarán el original y copia de las facturas, con sello que contenga el nombre del Centro de Gestión, número de entrada y fecha de la misma.
- Se anotará en las relaciones de entrada de documentos, el número de registro, el número de factura, el nombre o razón social del proveedor y el importe total de la factura.

VI- ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En materia de financiación de hospitales, los objetivos para el año 2003 son:

- La financiación asignada para realizar la actividad pactada en el actual ejercicio se va a realizar a partir del presupuesto del 2002 convenientemente actualizado.
- Como excepción para el actual Contrato de Gestión no se toman en cuenta los parámetros de costes obtenidos por Contabilidad Analítica. Esto es así por ser necesario homologar los datos que ya se están obteniendo en los Hospitales del SESCAM antes de ser utilizados como único elemento de referencia. Por ello y para no producir distorsiones presupuestarias, durante este ejercicio dicho parámetro no se considera. Para años futuros, cuando dichos datos estén asentados, recobrarán su función como elemento clave en el cálculo de la financiación de cada Centro.
- Avanzar en la financiación diferenciada del tratamiento farmacológico a pacientes externos con enfermedades genéticas o metabólicas, y cuyo tratamiento de sustitución sea de alto coste (Gaucher, enf. Fabry y similares).
- Financiación de las nuevas acciones: Priorizando aquellas que estén justificadas en la línea de lo expresado anteriormente a tal efecto. Se financiarán de forma proporcional al tiempo efectivo de implantación de la nueva acción.