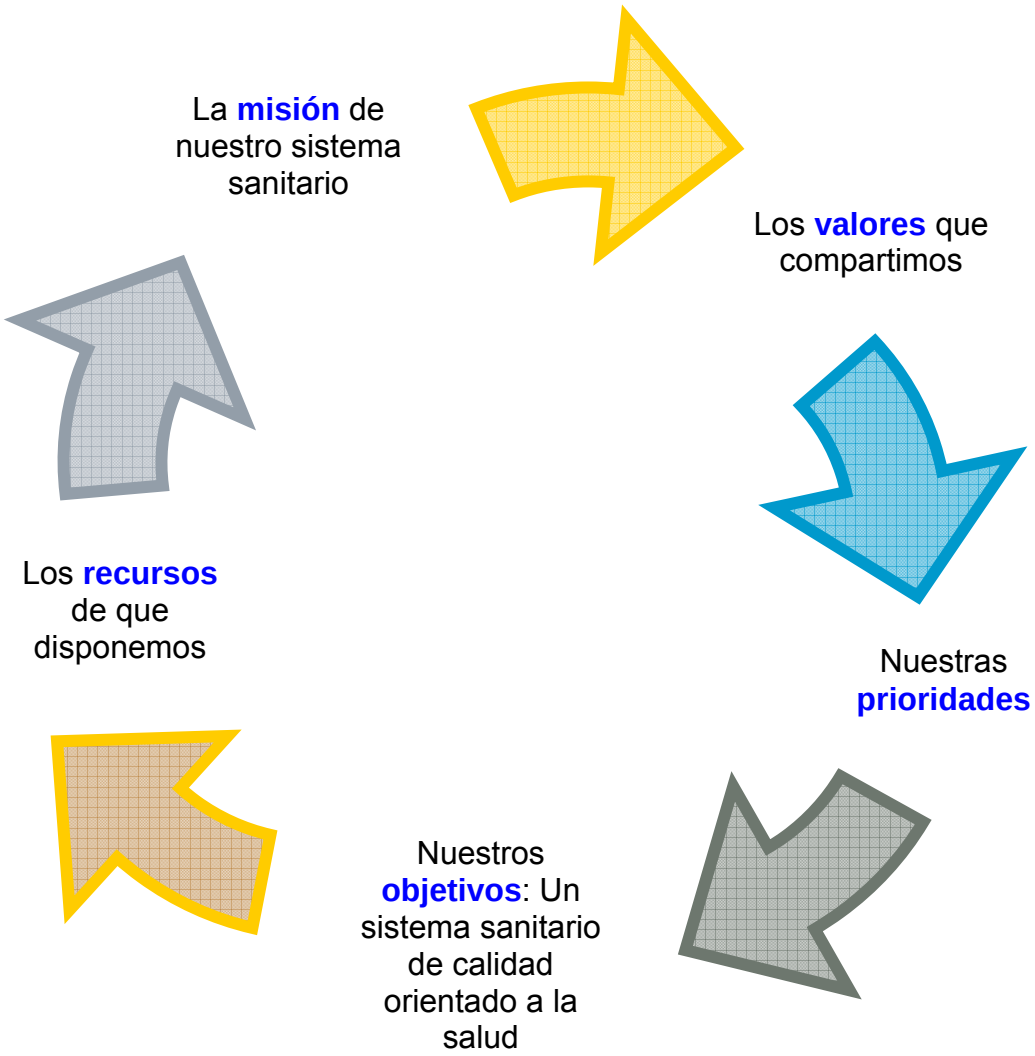
CONTRATO PROGRAMA
CONSEJERÍA DE SALUD – SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
2010 – 2013

[Año 2012]



Índice

1. Introducción

p. 05

2. La misión de nuestro sistema sanitario

p. 11

3. Los valores que compartimos

p. 15

4. Nuestras prioridades

p. 17

5. Nuestros objetivos: Un sistema sanitario orientado para brindar calidad

p. 19

6. Los recursos de que disponemos

p. 21

7. Desarrollo, Indicadores, Seguimiento y Evaluación

p. 23

Suscripción del Contrato Programa

p. 25

ANEXOS

p. 27

Anexo 1:

Indicadores de Seguimiento de los Objetivos del Contrato Programa 2010- 2013 (Año 2012)

p. 28

Anexo 2:

Presupuesto del SAS en el ejercicio 2012 (Programas) p. 37

Presupuesto del SAS en el ejercicio 2012 (Capítulos) p. 38

1. Introducción

El Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas, tiene como **misión** hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía.

Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios identificados por la Consejería de Salud, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación.

En el caso del Servicio Andaluz de Salud, la firma del Contrato Programa representa no sólo el compromiso del **Servicio Andaluz de Salud** para alcanzar los objetivos fijados en los plazos establecidos, sino también el compromiso de **la totalidad de sus profesionales** con la ciudadanía andaluza, con su salud, su bienestar y su desarrollo individual y colectivo.

1.1 Antecedentes

En el **periodo 2005-2008** se mantuvo la estructura de los Contratos Programa de años anteriores, basada en la metodología de procesos, pero se decidió establecer un marco cuatrienal coincidente con la legislatura, que se adaptó a las necesidades específicas y disponibilidades presupuestarias de cada anualidad, constituyendo el anexo anual del Contrato Programa.

Los objetivos estratégicos del Contrato Programa 2005-2008, coincidentes con los expresados en el III Plan Andaluz de Salud y del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se estructuraron en torno a los cinco ejes de este último:

- Asumir las necesidades y expectativas del ciudadano
- Garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios
- Gestionar la calidad de las políticas de salud pública en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Gestionar el conocimiento
- Impulsar la modernización y la innovación

En el **año 2009** se estableció de forma excepcional un Contrato Programa específico para ese año, motivado por diversas razones.

Para el **periodo 2010-2013** se ha planteado un renovado Contrato Programa debido a los nuevos referentes estratégicos y sanitarios, cuya primera anualidad correspondiente a 2010 se ha desarrollado a lo largo de dicho ejercicio, en sus objetivos y marco presupuestario definido.

1.2 Nuevos referentes

Los elementos básicos del nuevo marco estratégico para todo el periodo 2010-2013 y que sustenta la nueva política de salud para los próximos años, -son el nuevo **Plan Andaluz de Salud** (cuarta edición**),** y la estrategia de calidad para la actual legislatura, el nuevo **Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía** (tercera edición), ya definidos por el Gobierno de la Junta de Andalucía lo que constituye el marco del Contrato Programa 2010-2013. A partir de ello, se trata de profundizar en líneas ya emprendidas, y de abordar un profundo cambio estructural que conduzca a una organización sanitaria de nuevo y renovado perfil.

En tal sentido, por la Consejería de Salud se han formulado lo que habrán de ser los **cinco ejes globales de actuación del actual periodo,** de la presente legislatura, cuya enumeración es la siguiente:

- Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones, más democrático y participativo;
- Impulso de la salud pública para mejorar la salud del conjunto de la ciudadanía;
- Establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que sean protagonistas de los servicios de salud;
- Potenciación de la investigación biomédica;
- Refuerzo de las infraestructuras y el equipamiento sanitario.

En todo caso, la experiencia del periodo anterior aconseja mantener la **perspectiva cuatrienal** con el fin de identificar un horizonte a medio plazo en el que puedan reconocerse por el conjunto de la organización los cambios profundos que se han de acometer. Junto a ello, el desarrollo anual permite una progresión creciente de objetivos factibles en el tiempo.

Por otra parte, la madurez de la organización sanitaria, permite ahora incidir de manera más acusada en los **objetivos estratégicos**, simplificando la formulación del Contrato Programa y favoreciendo una **mayor autonomía y flexibilidad** al Servicio Andaluz de Salud, tanto en sus Centros sanitarios como en sus Unidades de Gestión Clínica, para establecer los mecanismos que permitan alcanzar esos objetivos.

1.3 Responsabilidad de la Consejería de Salud

La Consejería de Salud, en virtud de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía, en el

marco de la acción política fijada por el Consejo de Gobierno, ejercerá las funciones de ejecución de las directrices y los **criterios generales de la política de salud** y consumo, **planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos** a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, **alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios** y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.

Para el ejercicio de sus funciones, la Consejería de Salud no sólo ha de desarrollar políticas en materia de salud, teniendo en cuenta el **Plan Andaluz de Salud** como elemento director de las políticas de salud de la Junta de Andalucía, sino que también ha de crear y activar los instrumentos necesarios para su efectiva puesta en marcha por el conjunto de organismos instrumentales para la provisión de servicios de salud.

Además, estos instrumentos han de permitir su evaluación, en coherencia con el **Plan de Calidad** del Sistema Sanitario Público de Andalucía, referente estratégico esencial para la construcción de un Servicio Sanitario Público de excelencia orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de la ciudadanía desde un modelo de organización basado en la participación y el liderazgo profesional.

1.4 Responsabilidad del Servicio Andaluz de Salud

El Servicio Andaluz de Salud, adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, constituye por su estructura, dimensión, distribución territorial y volumen de actividad asistencial, el principal ente instrumental para la provisión de servicios de salud a la ciudadanía de Andalucía.

El Servicio Andaluz de Salud, asimismo, tiene la responsabilidad, bajo la supervisión y control de la Consejería, de la **gestión del conjunto de prestaciones sanitarias** en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la **administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios** que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la **gestión de los recursos humanos, materiales y financieros** que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

1.5 El Contrato Programa, instrumento estratégico

La previsión legislativa sobre el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2012 (pendiente de aprobación parlamentaria en el momento de la firma del presente documento) establece, al igual que el pasado año, que la Consejería

de Salud formulará un Contrato Programa con el Servicio Andaluz de Salud en el que se fijarán las directrices de actuación, los objetivos a alcanzar y los recursos que para ello se asignan.

Una vez formulado el Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud desarrollará en consonancia los contratos-programa con sus centros o unidades de gestión, de acuerdo con su organización respectiva, mediante los que se establecerán sus propios objetivos internos, así como la asignación de recursos. En dichos contratos-programa se establecerán, a su vez, los indicadores necesarios que posibiliten el seguimiento del grado de realización de los objetivos definidos y deberá señalarse el carácter limitativo de los créditos asignados.

Bajo este marco, el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud es un **instrumento estratégico de máximo nivel**, **cuya misión es hacer efectivos los compromisos** que, en materia de atención sanitaria y en el ámbito de responsabilidad de éste organismo, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía.

Como quedó expresado con anterioridad, su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios, plazos, indicadores de seguimiento y evaluación y recursos asignados para su cumplimiento.

En los **elementos definitorios destacados en esta última etapa**, respecto a la conceptualización de lo que es y ha de ser el Contrato Programa, se destacan los siguientes:

1. La voluntad de reforzar el *carácter instrumental del mismo en un contexto práctico* y el deseo de convertirlo en un verdadero referente estratégico para el conjunto de la organización y todos sus profesionales. De ahí que se haya circunscrito a aquellos objetivos que tienen una dimensión más estratégica.

2. En relación con los contratos – programa de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y con los Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión Clínica, *se trasladarán a tales niveles de responsabilidad los contenidos* del Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud. Y se hará de forma que se despliegue conforme al grado de detalle que corresponda a la formulación de los distintos objetivos de esos niveles asistenciales y organizativos.

3. Este despliegue de compromisos tendrá además que *integrar de forma no redundante los objetivos identificados en las líneas horizontales* establecidas por la organización derivados de los planes integrales y otras estrategias corporativas.

4. Todo lo anterior habrá de configurar un conjunto uniforme de objetivos que se constituya en *referencia única, coherente y adaptada a cada espacio de actividad y responsabilidad*, del compromiso y las responsabilidades de la organización sanitaria con la Consejería de Salud y en definitiva con la ciudadanía andaluza. Conjunto en el que este Contrato Programa representa el más alto referente estratégico.

En definitiva, **la firma del Contrato Programa representa** no sólo el compromiso del Servicio Andaluz de Salud para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos, sino también la implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de la ciudadanía andaluza.

Y la implicación de igual modo con los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía, como -entre otros- la universalidad, la equidad, la solidaridad y la transparencia. Respondiendo, asimismo, a perspectivas de innovación, modernización y calidad, con una gestión racional y eficiente de los recursos disponibles y en el marco de una estrategia de sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. La misión de nuestro sistema sanitario

Nuestra razón de ser, como sistema sanitario público que somos, se define por los siguientes propósitos esenciales como organización:

• Contribuir sustancialmente a mejorar la **SALUD Y EL BIENESTAR** de **toda la población**

• Proporcionar la mejor **ATENCIÓN SANITARIA** a toda la población

• Asegurar el **VALOR de los recursos**

• Generar y gestionar el **CONOCIMIENTO**

2.1 Contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar

Los servicios sanitarios, persiguen un **propósito esencial y último: la salud en todas sus facetas**. La promoción, la prevención, la asistencia, la curación, la rehabilitación y, en su caso, la reintegración plena al mundo laboral y social. Toda práctica profesional, toda actuación sanitaria está y ha de estar sujeta al servicio de la salud y del bienestar de la población a cuyo servicio está nuestra organización.

Es el objetivo básico de todo sistema sanitario.

La salud, por lo general, no es producto linealmente determinado por un único factor.

El nivel de salud es un complejo resultante de factores y elementos que interactúan desigualmente entre sí. Los componentes genéticos de la herencia, los hábitos y estilos de vida, el nivel de renta, la nutrición, el nivel de instrucción educativa, la vivienda y el saneamiento, el trabajo y las condiciones laborales, entre otros factores, modulan el impacto de los agentes biológicos. Agentes cuya sola presencia no sería por sí misma -en no pocas circunstancias- explicación suficiente para entender cómo aparece la enfermedad ni menos aún, cómo se distribuye. De ahí la importancia que adquiere la **dimensión global y el enfoque intersectorial, en la aproximación a la noción de salud**, desde el punto de vista tanto de la comprensión del fenómeno de la salud, como el de la acción.

La salud pasa por ser uno de los bienes más preciados y su mantenimiento, una de las metas más arraigadas en nuestra condición humana.

La pérdida de la salud, o la recuperación, constituyen uno de los configuradores más claros de nuestro nivel de bienestar social o colectivo. Y, también, el esfuerzo sistemático para enfrentar los desafíos de las necesidades en salud de la población.

2.2 Proporcionar la mejor atención sanitaria

Proporcionamos la mejor atención sanitaria a los pacientes y a toda la población, si ofrecemos un **servicio de salud de calidad**.

Si ayudamos a la población a entender su situación sobre su salud o sobre los riesgos. Si les proporcionamos consejos, información, apoyo para que puedan conocer qué hacer para mejorar su salud, para impulsar estilos de vida saludables, para modificar prácticas de riesgo que puedan resultar perjudiciales. Si promovemos una mayor responsabilidad en el cuidado de la propia salud y contribuimos a hacer fáciles las opciones más saludables.

Y también si proporcionamos la atención y los cuidados a las personas que lo necesitan. Una atención **sustentada en la calidad científico técnica, segura, efectiva y prestada de la manera más adecuada y adaptada a las necesidades** de las personas, quienes la reciben.

Asimismo, en este sentido, la novedad paradigmática en las sociedades contemporáneas socialmente avanzadas no es tanto la preocupación por la salud. La novedad es que la atención a la salud se ha consolidado, en sociedades como la nuestra, como un derecho y un derecho humano básico, sujeto a garantía por el servicio público, universal y gratuito en el momento del acceso. Sin embargo, el Sistema Sanitario Público de Andalucía no es solamente una garantía. Es además uno de los servicios públicos más y mejor valorados por la población. El esfuerzo cooperativo del conjunto de profesionales -a todos los niveles- es lo que mantiene vivo el aprecio de la sociedad andaluza por su sistema sanitario.

No obstante, hemos de seguir enfrentado los desafíos y los nuevos retos de una sociedad y de una organización sanitaria en cambio. Ello ha de ser inevitablemente así, para proseguir en la línea de mejora continua.

Alinear objetivos, recursos, profesionales, estrategias e instrumentos para perseguir la mejor atención centrada en pacientes y población, es un propósito estratégico clave. Y lo es para que el Sistema Sanitario Público de Andalucía, desde todos y cada uno de sus centros y unidades, vaya consolidando nuevas y sólidas posiciones en el conjunto de la sociedad andaluza.

2.3 Asegurar el valor de los recursos

Una organización sanitaria como la nuestra no sólo produce salud o atención o cuidados frente a la enfermedad. Produce servicios, directamente asistenciales y no asistenciales. Genera conocimientos científicos e investigación, tanto básica como aplicada a la salud. Y además contribuye a la redistribución de la riqueza y a la cohesión social.

El sector sanitario es un sector generador de riqueza y bienestar. Desde el efecto dinamizador de nuestros centros sanitarios, hasta los costes económicos indirectos y directos evitados por la sociedad por la eficacia en salud de las medidas preventivas, de promoción, de tratamientos y de nuevas técnicas.

Además de proteger financieramente a los ciudadanos de los costes -elevados- de la mala salud o la enfermedad.

Para ello, la sociedad -los contribuyentes a través de sus impuestos- pone a disposición de nuestra organización unos recursos importantes. Asegurar el valor de los recursos significa **utilizar todos los recursos de la manera más eficiente y efectiva posibles. Obtener el mayor beneficio, de cada unidad de recurso.** Convertir cada unidad de recurso en una unidad de valor.

Significa utilizar los recursos disponibles para obtener el mayor valor posible de las decisiones clínicas y organizativas, proporcionando la mayor calidad de la manera más eficiente.

Significa incorporar la **dimensión de la sostenibilidad como una perspectiva esencial** en la organización sanitaria y en la práctica profesional. Perspectiva que vincula de forma inseparable el concepto de calidad científico-técnica, al concepto de eficiencia y de sostenibilidad. Desde una práctica profesional -tanto individual como colectiva- avanzada y éticamente responsable. Para asegurar el valor sostenible en el tiempo de la tarea sanitaria que desempeñamos y para proporcionar, con nuestro mejor desempeño, el mayor beneficio.

2.4 Generar y gestionar el conocimiento

Una organización como la nuestra, cuyo desempeño ha de estar sustentado en todo momento en el conocimiento científico, se define en su naturaleza igualmente por cómo incorpora, en su función de servicio de salud, el factor conocimiento.

Y por cómo **genera, difunde, aplica e incorpora el mejor conocimiento disponible** ligado a la práctica asistencial y de salud de sus profesionales.
El factor conocimiento deviene, en un sistema sanitario avanzado

como el nuestro, en un elemento que configura la propia naturaleza de su actividad. Conocimiento en tanto organización generadora del mismo, lo que no sólo aporta valor a la práctica profesional en continua transformación y adaptación, sino en tanto organización que intercambia y gestiona el mismo. Adaptado y adaptándolo a la vez a la práctica asistencial cotidiana.

La generación de conocimiento y la gestión del mismo, desde el punto de vista de la realidad asistencial y desde los servicios de salud, **siguiendo criterios de rigor, veracidad, evidencias, eficacia y aplicabilidad,** configura un nuevo modelo organizativo. Paradigma que entiende el conocimiento -su generación, transferencia y gestión- como una razón de ser en su desempeño de un sistema sanitario avanzado. Lo que incluye situar la **innovación, el desarrollo tecnológico, la formación y la investigación**, como una misión ligada a nuestra organización sanitaria. Avances en el conocimiento desde una nítida orientación traslacional.

Esta dimensión determina no sólo el desarrollo de la práctica asistencial, sino que constituye un importante componente de cultura profesional y motivacional en el seno de las mismas. De igual modo, en torno al conocimiento, se generan importantes y positivas sinergias y alianzas con otros sectores sociales, -con los que interactúa el sistema sanitario- tales como el sector universitario, tecnológico o empresarial, entre otros. Ámbitos en los que el sector sanitario público y sus profesionales, están llamados a mantener y desempeñar posiciones de liderazgo para su impulso y su orientación. Al servicio inequívoco de la mejora de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Y de la mejor atención sanitaria.

3. Los valores que compartimos

Los valores que definen y guían nuestra actuación organizativa, como Sistema Sanitario Público de Andalucía, valores cuya descripción se contiene en el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud, 2010 – 2013, son los siguientes:

- **Universalidad**
- **Equidad**
- **Sostenibilidad**
- **Transparencia**
- **Innovación**
- **Enfoque preventivo y de promoción**
- **Compromiso con la calidad**
- **Accesibilidad**
- **Satisfacción ciudadana**
- **Personalización**
- **Participación**
- **Trabajo en equipo**
- **Reconocimiento profesional**
- **Motivación**
- **Corresponsabilidad**
- **Servicio público**

4. Nuestras prioridades

Este periodo 2010-2013, y en cada uno de los años del mismo, se reviste de una perspectiva de renovación y de seguir avanzando en la mejora y consolidación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a partir del avance experimentado por nuestro sistema sanitario público en todos estos años.

Esta etapa de profunda transformación, tiene vocación de constituirse en punto de inflexión en la línea de avance y mejora de la salud.

A tales fines, para garantizar los mejores niveles de salud y ofrecer una atención de mayor calidad y más eficiente -en el marco de la capacidad de autogobierno sanitario de la que Andalucía dispone y en desarrollo pleno de su nuevo Estatuto de Autonomía-, se definen las prioridades para estos próximos cuatro años

Prioridades cuyo contenido queda estructurado en los siguientes **cinco ejes de actuación**:

4.1 Construcción de un **SISTEMA DE SALUD** más **cercano** a las personas, con más **servicios, derechos y prestaciones**, más **democrático y participativo**

4.2 Impulsar la **SALUD PÚBLICA para mejorar la salud** del conjunto de los ciudadanos

4.3 Establecimiento de una **alianza con los PROFESIONALES** para que sean protagonistas de los servicios de salud

4.4 Potenciación de la **INVESTIGACIÓN** biomédica

4.5 Refuerzo de las **INFRAESTRUCTURAS Y EL EQUIPAMIENTO**

En el documento marco Contrato Programa 2010-2013, quedan enunciadas las **12 prioridades** contenidas en estos ejes de actuación.

5. Nuestros objetivos como organización. Un sistema sanitario de calidad orientado a la salud

Los objetivos prioritarios a alcanzar para el periodo 2010-2013, en materia de salud y atención sanitaria por el Servicio Andaluz de Salud son, como sistema sanitario de calidad orientado a la salud, los que quedan definidos en el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud 2010-2013.

Para el año 2012 los objetivos quedan formulados en los mismos términos cualitativos expresados en el citado documento, y en las cuantías recogidas en el Anexo de Indicadores de Seguimiento del presente documento para el año 2012 (Anexo 1).

Objetivos como organización cuya estructuración cualitativa se formula de la siguiente manera:

1. Situando en el centro a la PERSONA y a su EXPERIENCIA como paciente y ciudadano

1. **Satisfacción**
2. **Accesibilidad**
3. **Enfoque comunitario: prevención, promoción y protección**
4. **Resultados en provisión de servicios**
5. **Seguridad del paciente**
6. **Personalización**
7. **Transparencia**
8. **Participación**
9. **Comunicación e imagen**

2. Impulsando el protagonismo PROFESIONAL y su práctica desde las evidencias y el conocimiento

1. **Participación profesional**
2. **Reconocimiento y Motivación.**

3. Acreditación y desarrollo profesional

4. Gestión por competencias

5. Gestión compartida

6. Medicamentos y práctica profesional

7. Tecnologías y práctica profesional

8. Liderazgo

9. Formación

10. Investigación

5. Procesos asistenciales integrados y Planes integrales

6. Programas de especial seguimiento

7. Acreditación de la calidad

8. Evaluación

9. Sistemas y tecnologías para la e-salud

10. Conectividad

11. Infraestructuras y Equipamiento

3. Rediseñando la ORGANIZACIÓN como un entorno de innovación y valores compartidos

1. Gestión Clínica

2. Redes clínicas, descentralización y Áreas integradas de gestión sanitaria

3. Sostenibilidad económico financiera

4. Sostenibilidad ambiental

6. Los recursos de que disponemos

Para desempeñar las funciones que le corresponden en la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud y en la consecución de los objetivos señalados en este Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud dispone, como queda reflejado en el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud 2010-2013 de una serie de recursos:

- **Recursos humanos**
- **Recursos económicos y financieros**
- **Recursos relacionados con organización y gestión**
- **Recursos materiales: Infraestructuras y equipamiento**

La descripción de los mismos se contiene en el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud, 2010 – 2013.

En particular, y **en materia de recursos económicos y financieros, y para el año 2012** el Servicio Andaluz de Salud dispone de una asignación presupuestaria de 8.601.599.244 euros, distribuida entre los programas y capítulos presupuestarios que quedan recogidos en el Anexo 2.

7. Desarrollo, Indicadores, Seguimiento y Evaluación del Contrato Programa

En el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud 2010-2013, se define en este apartado cómo ha de ser el desarrollo del Contrato Programa en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, así como el conjunto de indicadores que se establecen para realizar el seguimiento y la evaluación del mismo. Del mismo modo, se incluyen otras cuestiones tales como el procedimiento para su revisión o modificación, la memoria anual o la vigencia del Contrato Programa.

Concretamente, se estructura este apartado con los siguientes epígrafes:

- **Desarrollo**
- **Indicadores**
- **Seguimiento y Evaluación**
- **Memoria Anual**
- **Modificación o revisión del Contrato Programa**
- **Vigencia**

Para el año 2012, con carácter general, este apartado queda formulado y expresado en los mismos términos definidos en el documento marco Contrato Programa Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud 2010 - 2013, en materia de **Desarrollo, Seguimiento y Evaluación, Memoria Anual, y Modificación o Revisión** del Contrato Programa.

No obstante, en materia de **Indicadores** a alcanzar, en términos cuantitativos, se han introducido algunas ligeras modificaciones a las cifras planteadas en el documento marco referido, quedando establecidos los mismos en sus cuantías, como se recoge en el Anexo 1 del presente Contrato Programa.

En lo que se refiere a su **Vigencia,** el presente Contrato Programa 2010-2013, (para el año 2012) estará vigente durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012.

Suscripción del Contrato Programa

Por todo lo anterior, ambas partes acuerdan suscribir el presente Contrato Programa 2010-2013 (para el año 2012), instrumento que se concibe como una herramienta que ha de guiar la actuación y la gestión de los responsables de las instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, y del conjunto de los profesionales de la organización, y que se dirige hacia la consecución de una serie de prioridades definidas y objetivos del Organismo, como servicio de salud, en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Los logros alcanzados se evaluarán en función de los indicadores de seguimiento fijados a tal efecto.

Y para todo ello se asignan los recursos correspondientes con el crédito fijado y en los términos que se establecen en el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2012.

En Andalucía, a 27 de diciembre de 2012.

LA CONSEJERA DE SALUD	EL DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Fdo. Mª Jesús Montero Cuadrado	**Fdo. José Luis Gutiérrez Pérez**

Anexos

Anexo 1.
Indicadores de Seguimiento de los Objetivos. Contrato Programa 2010-2013 (año 2012)

Anexo 1.
Indicadores de Seguimiento de los Objetivos Contrato Programa 2010-2013 (Año 2012)

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
1: Satisfacción	Encuesta IESA-CSIC	Satisfacción general en Atención Primaria con el servicio recibido	1	> 90%	> 90%
		Satisfacción general en Hospitales con el servicio recibido	2	> 90%	> 90%
2: Accesibilidad	RDQ INFHOS SIAP	Número de pacientes con tiempos de espera mayores de 180 / 120 días (cirugía , procesos incluidos en Decretos de Garantías)	4	0 / 0	0 / 0
		Demora media LEQ	5	56	56
		Número de pacientes con tiempos de espera superior a 60 días (consulta externa especialista, incluidas en Decreto de Garantías)	6	0	0
		Demora media consultas Atención Especializada	7	47	47
		Número de pacientes con tiempos de espera superior a 30 días (pruebas diagnósticas, incluidas en Decreto de Garantías)	8	0	0
		Demora media pruebas diagnósticas	9	≤ 23	≤ 23
		Porcentaje de citas para MF/APS rechazadas por agendas ocupadas en Salud Responde	10	4%	4%
3: Enfoque comunitario: prevención, promoción y protección	Diraya SAS Redalerta Sigap	Cobertura de Forma Joven en centros que lo solicitan	11	100%	100%
		% de UGC con ZNTS que disponen de plan específico de intervención evaluado	12	80%	80%
		% de UGC que participan en Plan Local de Acción en Salud respecto a las solicitudes	13	100%	100%
		Tasa de alertas epidemiológicas por brotes o cluster por 100.000 habitantes	14	> 5,5	>5,5

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
		% estudios de contacto y finalización de tratamiento en TBC bacilíferas, < 6 años y TBC farmacorresistente	15	90%	90%
		Número de procesos de protección implantados en la totalidad del SAS	16	7	9
4: Resultados en provisión de servicios	SIGAP CMBDA U.E.Vitales CAT	Porcentaje de niños que han recibido la vacunación completa (niños nacidos dos años antes del periodo a evaluar, por Distritos)	17	97%	97%
		Ausencia de casos de sarampión y rubeola confirmados en residentes y cubiertas por PVA	18	0	0
		Distritos con plan de reducción de mortalidad específicas, para municipios con exceso de mortalidad por éstas (por municipios)	19	100%	100%
		IQI 15 - Tasa de mortalidad/100 altas con IAM como diagnóstico principal	20	9,18	9,18
		IQI 17 - Tasa de mortalidad/100 altas con ACV agudo como diagnóstico principal	21	15,38	13,84
		Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	22	-	Δ -13%
		Tasa de mortalidad materna (Tasa 2006-2008; por 100.000 nacidos vivos)	23	-	Δ -48%
		Tasa de órganos donados (donantes de órganos de cadáver p.m.p)	24	37	38
		Tasa de amputaciones de extremidades inferiores por causas subyacente a diabetes (casos por cada 1000 personas con DM conocida)	25	1,9‰	≤ 1,8‰
		Razón estandarizada Obs/Esp en la Tasa de años potenciales de vida perdidos por cáncer de mama (Límite inferior I.C. al 95%)	26	< 1	< 1
5: Seguridad del paciente	CMBDA PVCIN	PSI 3 - Ulcera decúbito /1000 altas > 4 días	27	< 9,14	< 9,14
		PSI 17 - Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria /1000 altas	28	< 1,22	< 1,22
		PSI 12 - Embolismo pulmonar o Trombosis	29	< 1,51	< 1,51

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
		venosa profunda postoperatorios /1000 altas quirúrgicas			
		PSI 18 - Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado /1000 p.v. instrumentados	30	47,82	< 47,82
		Prevalencia global de infección nosocomial	31	< 7%	< 7%
6: Personalización	SAS Memoria	Proporción de UGC con Plan de Personalización implantado (referido a UGC de trato directo a pacientes)	32	80%	80%
		Habitaciones hospitalarias de uso individual /total habitaciones	33	27%	30%
		El hospital facilita el acompañamiento continuo del recién nacido por su madre (o familiar que la sustituya) así como la visita sin restricciones del padre (o persona que lo sustituya)	34	100%	100%
7: Transparencia	Web	Incorporación de 5 indicadores clínicos de resultados, en los indicadores de transparencia	35	Sí	Sí
8: Participación	SAS	Creación y funcionamiento de las Comisiones de Participación a nivel de las Unidades de Gestión Clínicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.	36	50%	75%
9: Comunicación e Imagen	SAS	Proporción de Centros con Plan de Comunicación e Imagen implantado	37	100%	100%
1: Participación profesional	SAS	% Centros con Comité Asesor para la mejora continua de las UGC implantado	38	100%	100%
2: Reconocimiento y motivación	SAS	% de UGC con Plan de Comunicación Interna implantado	39	100%	100%
3: Acreditación y desarrollo profesional	ACSA	% de Profesionales sanitarios acreditados	40	15%	19%
4: Gestión por competencias	DGPDP	Nuevo modelo descentralizado de selección temporal y definitivo de profesionales basados en la gestión de competencias esenciales de puestos (100% de los FEAs)	41	100%	100%

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
5: Gestión compartida	SAS	Disponibilidad de prescripción enfermera por UGC	42	100%	100%
6: Medicamentos y práctica profesional	Farma	% Prescripción por principio activo	43	≥ 85%	≥ 85%
	Farma	% Camas hospitalarias con sistema de unidosis	44	> 80%	> 80%
	Farma	Gasto farmacéutico por habitante : posición de la C.A. entre las CCAA con menor gasto	45	3ª	3ª
7: Tecnologías y práctica profesional	AETSA	Estudio de variabilidad de la práctica médica en intervencionismo coronario	46	Sí	Sí
8: Liderazgo	SAS	Implantación de un Programa de Liderazgo	47	Sí	Sí
9: Formación	SAS ACSA	% de UGC con Planes de Formación individualizado	48	80%	80%
		% actividades de formación continuada acreditadas	49	100%	100%
10: Investigación	FPyS	Nº de documentos de producción científica recogidos en Science Citation Index	50	Δ 30%	Δ 30%
	FPyS	Nº de solicitudes de patentes o modelos de utilidad y otros	51	Δ 33%	Δ 33%
1: Gestión Clínica	Gerhonte	% profesionales sanitarios encuadrados en UGC	52	100%	100%
2: Redes clínicas, descentralización y áreas de gestión	SAS	% de Hospitales, Distritos y AGS en donde existen UGC intercentros y/o interniveles	53	100%	100%
		Hospitales comarcales y Distritos constituidos como AGS	54	75%	100%
3: Sostenibilidad económica	DGPFI	Desviación capítulo I	55	0%	0%
		Desviación capítulo II	56	0%	0%
4: Sostenibilidad ambiental	SAS	% de centros con Sistema Integral de Gestión Ambiental implantado	57	100%	100%
5: Procesos Asistenciales y Planes integrales	SAS Farma RDQ Diabaco PISMA PIOA PIC	(Proceso Riesgo Vascular). Pacientes que tienen realizada la estratificación del riesgo vascular en prevención secundaria o enfermedad vascular previa y pacientes en prevención primaria con riesgo vascular alto, riesgo vascular bajo y situación óptima	58	> 60%	> 60%
		(Proceso Cáncer de mama). % de tumores in	59	Entre	Entre

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
	ARIAM PIAC PIDA PIOI PITA	situ diagnosticados en el Programa de detección precoz de cáncer de mama, en el periodo evaluado en relación con tumores invasivos		15% y 20%	15% y 20%
		(Proceso EPOC). % de pacientes que cumplen criterio (fumadores de igual o más de 20 paquetes año o menor con síntomas respiratorios crónicos) a los que se les ha realizado espirometría forzada para diagnóstico de EPOC	60	30%	35%
		(Proceso atención a personas fumadoras). % de personas fumadoras a las que se realiza intervención avanzada individual y Grupal (sobre la población fumadora atendida)	61	10%	11%
		(Proceso Ansiedad-Depresión-Somatización). % de DDD ISRS respecto al total de antidepresivos de segunda generación referido a las UGC de Salud Mental	62	71%	71%
		% de UGC de atención primaria con grupos socioeducativos implantados	63	30%	60%
		(Proceso Cuidados Paliativos). % de centros con referente nombrado de cuidados paliativos	64	100%	100%
		(PI Salud Mental).Pacientes con trastorno mental grave con plan individualizado de tratamiento	65	91%	91%
		(PI Oncología). Cobertura del cribado de cáncer de mama	66	≥ 80%	≥ 80%
		(PI Oncología). Cobertura del cribado de cáncer colorrectal sobre poblaciones elegibles	67	40%	50%
		(PI Cardiopatías). Pacientes con IAM sin revascularización (fibrinolisis o angiopl. primaria) en < 24 hrs.	68	< 13%	< 13%
		(PI Accidentabilidad). Hospitales con protocolo de alerta de recepción trauma grave	69	100%	100%

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
		(PI Diabetes). Porcentaje de pacientes diabéticos con niveles de Hb1Ac < 7%	70	60%	65%
		(PI Diabetes). Porcentaje de pacientes con al menos una determinación de HbA1c en el último año	71	75%	90%
		(PI Diabetes). Cobertura del programa de detección precoz de retinopatía diabética	72	65%	75%
		(PI Obesidad infantil). % de población infantil con obesidad/sobrepeso, de 6 a 14 años, a la que se realiza Intervención Avanzada Individual y Grupal (sobre pobl.infantil con sobrep/obes. atendida)	73	10%	11%
6: Programas de especial seguimiento	PIGA	Nº unidades operativas de Genética clínica (configuradas en el marco de Plan)	74	11	11
		Proporción de pacientes que inician tratamiento reproducción humana asistida (IA / FIV-ICSI) antes de 180 días (% de crecimiento respecto al cierre de 2011)	75	40/ 40	60/ 60
		% de centros con implantación de prácticas enfermeras avanzadas en urgencias y emergencias	76	60 %	100%
		Tasa global de donación de sangre por 1000 hab.	77	> 37‰	> 37‰
		Hospitales, Distritos y AGS con implantación del nuevo protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género	78	100%	100%
		% de pacientes en cuidados paliativos con prescripción de opioides (referido a pacientes incluidos en el PAI Cuidados Paliativos)	79	72%	75%
		% de enfermedades profesionales comunicadas sobre población 18-64 años	80	> 0,5%	> 0,6%
		% de centros de Atención Primaria con tarjeta + cuidados implantadas	81	100%	100%

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
7: Acreditación de la calidad	ACSA	% UGC con acreditación vigente	82	30%	34%
8: Evaluación	SAS	Proporción de UGC con evaluación y control de objetivos a través del Sistema de Información de Acuerdos de Gestión Clínica, en uso	83	100%	100%
9: Sistemas y tecnologías e-salud	SGSAS	Implantación de Diraya en consultas externas: % de episodios clínicos de consultas externas registradas en Diraya en relación al nº total de consultas hospitalarias realizadas	84	45%	55%
		Implantación de Diraya en urgencias: % de altas realizadas en el módulo clínico de urgencias de Diraya en relación al nº de total urgencias admitidas	85	100%	100%
		Implantación de Diraya – módulo pruebas analíticas: Nº de hospitales con ese módulo implantado para los centros de atención primaria que cubran al menos el 50% de su población de referencia	86	18	24
		Implantación de Diraya – Atención Hospitalaria: Nº de hospitales con ese módulo implantado	87	14	20
		% Centros APS con Diraya/Receta XXI operativa	88	100%	100%
10: Conectividad	SGSAS	Centros con proyectos corporativos de telemedicina implantados (entre APS y Hospital)	89	50%	50%
11: Infraestructuras y Equipamiento	SGSAS	Puesta en funcionamiento Hospital Campus de la Salud (Granada), Hospital de La Línea (Cádiz), Hospital de Ronda (Málaga) y Hospital Materno Infantil en Torrecárdenas (Almería)	90	Sí	Sí
		Finalización de obras del nuevo Hospital de Cádiz e Inicio de obras nuevo Hospital de Jaén	91	Sí	Sí
		Puesta en funcionamiento de los CHAREs de Alcalá la Real (Jaén), Loja (Granada), La Janda (Cádiz), Lepe (Huelva), Alpujarra (Granada), Condado (Huelva), Mijas (Málaga), Écija (Sevilla), Morón (Sevilla) y Palma del Río	92	Sí	Sí

Objetivo	Fuente	Indicador	Nº	Objetivo 2012	Objetivo 2013
		(Córdoba)			
		Apertura de 149 nuevos centros de salud y consultorios de Atención Primaria	93	Sí	Sí

Anexo 2.
Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio 2012

Anexo 2.
Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio 2012. (Programas)

	Programas	2012 (euros)
3.1.P	Servicio de apoyo a la familia	30.066.312
4.1.A	Dirección y Servicios Generales de Salud	22.335.767
4.1.B	Formación Sanitaria, Continua y Postgrado	179.813.179
4.1.C	Atención Sanitaria	6.380.217.954
4.1.E	Hemoterapia	49.226.381
4.1.F	Trasplante de Órganos	9.188.460
4.1.G	Prestaciones Complementarias y Farmacéuticas	1.930.751.191
TOTAL		**8.601.599.244**

Anexo 2.
Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio 2012 (Capítulos)

	Capítulos	2012 (euros)
I	Gastos de Personal	4.232.298.000
II	Gastos corrientes en bienes y servicios	2.047.225.015
III	Gastos financieros	23.000.000
IV	Transferencias corrientes	2.098.595.935
Operaciones corrientes		**8.401.118.950**
VI	Inversiones reales	182.132.593
VII	Transferencias de capital	18.347.701
Operaciones de capital		**200.480.294**
TOTAL		**8.601.599.244**