

Acuerdo de Gestión 2020



Hospital Psiquiátrico
Román Alberca



Gerencia de Salud
Mental



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
ESTIPULACIONES	9
INDICADORES	11
ANEXO 1. DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL ACUERDO DE GESTIÓN A TODA LA ORGANIZACIÓN	13
ANEXO 2. MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	17
2.2 Procesos Asistenciales	19
2.3 Calidad de los Cuidados	22
2.4 Seguridad del paciente	24
2.4.1 Sistema de notificación de incidentes	24
2.4.2 Seguridad de los medicamentos	25
ANEXO 3. EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS	27
ANEXO 4. USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS	31
4.1 Monitorización y mejora de indicadores URM	33
4.2 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud	33
ANEXO 5. PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES	35
5.1 Formación sanitaria especializada	37
5.2 Formación continuada	37
ANEXO 6. CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	39
GERENCIA DE SALUD MENTAL	43

INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia, dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. Las experiencias obtenidas desde la entrada en vigor de la citada ley, y muy especialmente el primer Plan de Salud, aconsejaron progresar en el mandato del artículo 43 de la Constitución Española y en el marco de la legislación básica establecida por la Ley General de Sanidad, en cuanto a los aspectos ya regulados de carácter organizativo, de tutela de la salud pública y en los de la educación sanitaria, mediante el establecimiento de un sistema sanitario ágil y eficiente, descentralizado y autónomo, ampliamente responsable, con capacidad de financiación y participativo, creando un marco de referencia legal suficientemente amplio.

El resultado fue la Ley 4/1994, de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia, que supuso una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y la segunda al Servicio Murciano de Salud (SMS) como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra. Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales así como la orientación hacia el paciente. Según se desprende del articulado de la Ley, este entorno organizativo ha de sustentarse en un modelo de gestión actualizado que permita apropiadoizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad murciana para permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria.

En el artículo 32 de esta Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de modo preponderante, en los costes y en la calidad de la asistencia. Asimismo determina que para la implantación de una dirección por objetivos y un control por resultados en los centros, servicios y establecimientos del Servicio Murciano de Salud, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

En este contexto, el Acuerdo de Gestión del Área de Salud es la herramienta que vincula la gestión de los recursos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización y que pretenden avanzar en:

- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- La mejora continua de la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios.
- Garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales.

Los principios que orientan las actuaciones del Servicio Murciano de Salud son:

- Universalidad.
- Equidad.
- Respeto a los valores de las personas sin discriminación alguna.
- Trabajo en equipo.
- Transparencia en la gestión.
- Compromiso con la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar el mayor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

OBJETIVOS

1

Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud.

La Gerencia del Área de Salud desplegará los objetivos del acuerdo de gestión a través de la firma de Pactos de gestión con los servicios/unidades hospitalarias y equipos de atención primaria que incluirá la designación de referentes de calidad y seguridad (ANEXO 1).

2

Monitorizar la Calidad y Seguridad de la atención sanitaria.

Un aspecto esencial de la Misión del Servicio Murciano de Salud es prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos de la Región a través del desarrollo de un sistema sanitario accesible y resolutivo que mejore continuamente la calidad de la asistencia y la satisfacción de los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios. Para avanzar en esta línea es necesaria la orientación de la gestión hacia los resultados y medir la operatividad de los procesos asistenciales, la efectividad clínica y la satisfacción de los pacientes.

La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial de gran relevancia tanto para pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos, como para gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Por ello, el SMS despliega estrategias y acciones dirigidas a controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (ANEXO 2).

3

Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.

La accesibilidad y la continuidad de cuidados son aspectos relevantes de la atención sanitaria y constituyen un reto para los servicios de salud. Además, el RD 605/2003 fija unos tiempos máximos para garantizar los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Al mismo tiempo, es necesario establecer líneas de trabajo para optimizar el uso de los recursos propios y mejorar la eficiencia de los servicios (ANEXO 3).

4**Uso apropiado de los medicamentos.**

El uso apropiado de los medicamentos pasa por que cada enfermo reciba el tratamiento más apropiado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada y durante el tiempo que sea necesario, de forma que suponga el menor coste posible, tanto para el paciente como para la comunidad. El medicamento empleado debe ser seguro, eficaz y de una calidad contrastada (ANEXO 4).

5**Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.**

La organización debe adaptar la formación de los profesionales al creciente desarrollo tecnológico, científico y organizativo del sistema sanitario así como a las necesidades surgidas dentro del propio entorno sanitario mediante un Plan de Formación Continuada acreditado que contribuya a la actualización y reciclaje continuo de los profesionales. Este plan debe coordinar e integrar los recursos humanos, materiales y de financiación disponibles. (ANEXO 5)

6**Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.**

Las garantías del mantenimiento del sistema sanitario público y de calidad pasan por la utilización adecuada de los recursos puestos a disposición del sistema y, que requieren la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados (ANEXO 6).

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos

El Acuerdo de Gestión de 2020 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2020
1	Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.	150
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	300
3	Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.	100
4	Uso apropiado de los medicamentos.	100
5	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.	100
6	Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.	250*

*Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario, desglose:

Objetivo		Porcentaje	Puntos
6.1.1	Personal	50	125
6.1.2	Gasto en Farmacia Hospitalaria	25	62,5
6.1.3	Gasto en material sanitario	25	62,5
		100	250

La Gerencia dispondrá de la financiación adecuada con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Acuerdo de Gestión 2020. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas que tengan repercusión económica en el presupuesto del Área para el presente ejercicio. Para ello deberán tener el carácter de “Nueva Acción” que incluya los objetivos y actividades previstas así como el informe de la Subdirección General de Asuntos Económicos y ser aprobadas por el Gerente del Servicio Murciano de Salud”.

2. Seguimiento y Evaluación

Los objetivos se evaluarán con los indicadores definidos en los anexos correspondientes. Con carácter general, se valorarán las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso).

REUNIDOS

De una parte, D. Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra Dña. María Asunción de Concepción Salesa, Directora Gerente del Hospital Psiquiátrico Ramón Alberca.

ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2020, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos los objetivos que aquí se recogen. A estos efectos, las partes formalizan este compromiso de acuerdo con las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera - Objeto

El objeto del presente Acuerdo de Gestión es la regulación para el periodo de 2020 de la prestación de asistencia sanitaria a la población protegida por el Servicio Murciano de Salud, así como la financiación asignada para la realización de estos servicios.

Segunda - Vigencia

El Acuerdo de Gestión establece el marco de actuaciones para los servicios prestados durante el presente ejercicio con efectos de 1 de enero de 2020.

Tercera - Objetivos

Son los contenidos en el apartado "Objetivos", y sus correspondientes indicadores, agrupados en 6 apartados:

1. Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y uso adecuado de los recursos.
4. Uso apropiado de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

En prueba de conformidad con cuanto antecede, se firma el presente documento por duplicado en el lugar y la fecha indicados con sujeción a las estipulaciones que en el mismo se han establecido.

En Murcia, a 19 de febrero de 2020.



EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS.

LA DIRECTORA GERENTE DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO ROMAN ALBERCA



Dña M^a Asunción de Concepción Salesa.

Acuerdo de Gestión 2020

INDICADORES

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 1

Despliegue y Seguimiento del Acuerdo de Gestión a toda la organización

1.1.1	Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión
Fórmula	<p>1.1.1.1 Número de Servicios/Unidades asistenciales y NO asistenciales que firman Pactos de Gestión y tienen designados a los referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera), con excepción de los Servicios/Unidades NO asistenciales x 100/ Total de Servicios/Unidades de la Gerencia</p> <p>1.1.1.2 Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos acordados</p> <p>1.1.1.3 Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos acordados</p>
Fuente	Gerencia
Meta	<p>100% en cada uno de los subindicadores.</p> <p>El total de la puntuación asignada a este indicador (150) se distribuirá con los pesos siguientes para cada subindicador:</p> <p>1.1.1.1: 25%</p> <p>1.1.1.2: 25%</p> <p>1.1.1.3: 50%</p>

REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Se designa a las personas adscritas a los Servicio/Unidad como referentes en materia de Calidad y Seguridad, con la capacidad necesaria para cumplir con las siguientes funciones:

- Velar por la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad de los pacientes en su Servicio/Unidad.
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión de su Servicio/Unidad.
- Colaborar con la Dirección, la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación para la consecución de los mismos.
- Servir de enlace entre la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación y su Servicio/Unidad.

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 2

MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

2.2 Procesos Asistenciales.

2.2.1	Ingreso voluntario en la Unidad Regional de Media Estancia (URME)
Fórmula	Pacientes ingresados voluntariamente en la URME x 100 / Pacientes ingresados en la URME Desagregado: <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Media Estancia (UME) - Unidad de Recuperación Hospitalaria (URH)
Fuente	SELENE
Meta	<ul style="list-style-type: none"> - UME ≥ 40% - URH ≥ 55%

2.2.2	Contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE)
Fórmula	Pacientes ingresados en UCE que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en UCE
Fuente	SELENE
Meta	≤ 5 %

2.2.3	Abandonos indebidos
Fórmula	Pacientes ingresados que salen del centro sin el permiso correspondiente o no regresan de un permiso establecido (abandono indebido) x 100 / Pacientes ingresados Desagregado: <ul style="list-style-type: none"> - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	<ul style="list-style-type: none"> - UCE ≤ 2% - UME ≤ 8% - URH ≤ 10%

2.2.4	Agresiones a profesionales
Fórmula	Análisis Causa-Raíz (ACR) realizados de los incidentes de agresión física a profesionales producidos en el centro
Fuente	RIA y Gerencia
Meta	Informe del ACR en el 100% de las agresiones declaradas, hasta un máximo de 3, con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la No realización

2.2.5	Estancia en unidad de corta estancia (UCE)
Fórmula	Pacientes dados de alta en UCE con una duración de 30 días o más x 100 / Pacientes dados de alta en UCE
Fuente	SELENE
Meta	≤ 4%

2.2.6	Reingresos en unidad de corta estancia (UCE)
Fórmula	Pacientes con ingreso en UCE que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UCE
Fuente	SELENE
Meta	< 4 %

2.2.7	Reingresos en unidad regional de media estancia (URME)
Fórmula	Pacientes con ingreso en URME que han reingresado entre 90 y 180 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en URME
Fuente	SELENE
Meta	< 4%

2.2.8	Idoneidad diagnóstica en URME
Fórmula	Pacientes dados de alta en URME con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno delirantes (F20-F29) y/o Trastornos del humor afectivos (F30-39) x 100 y/o Trastornos de personalidad (F60.x) / Pacientes dados de alta en URME
Fuente	SELENE
Meta	>75%

2.2.9	Idoneidad diagnóstica en UCE
Fórmula	Pacientes dados de alta en UCE con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno delirantes (F20-F29) y/o Trastornos del humor afectivos (F30-39) y/o trastornos relacionados con sustancias (F10-F19) y/o trastorno límite de la personalidad (F60.3) x 100 / Pacientes dados de alta en UCE
Fuente	SELENE
Meta	> 55%

2.2.10	Grado de efectividad del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)
Fórmula	Días de hospitalización en los dos años previos a la inclusión en el Programa menos los días de hospitalización durante los dos primeros años de intervención / Día de hospitalización en los dos años previos a la inclusión del Programa
Fuente	AGORA
Meta	Reducción del 85%

2.2.11	Grado satisfacción de los visitantes
Fórmula	Visitantes que responden a la encuesta de satisfacción con alto o muy alto x 100 / Visitantes que responden al encuesta de satisfacción
Fuente	Encuesta de satisfacción
Meta	>95%

2.2.12	Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)
Fórmula	1. Pacientes Ingresados más de 24 horas en UCE que tienen la escala de Evaluación de la actividad Global realizada en las primeras 72 horas de ingreso por el facultativo psicólogo x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en UCE 2. Pacientes Ingresados más de 24 horas en URME que tienen la escala de Evaluación de la actividad Global realizada en los primeros 7 días de ingreso por el facultativo psicólogo x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en URME
Fuente	SELENE
Meta	1. >50% 2. >50%

2.2.13	Valoración social del paciente
Fórmula	1. Pacientes ingresados en UCE con la valoración de Trabajo Social cumplimentada en la primeras 72 horas de ingreso x 100 / Total de pacientes ingresados en UCE 2. Pacientes ingresados en URME con la valoración de Trabajo Social cumplimentada en los primeros 7 días de ingreso x 100 / Total de pacientes ingresados en URME
Fuente	SELENE
Meta	Implementación en el primer trimestre de 2020 de la valoración en Selene Segundo semestre de 2020: 1. >50% 2. >50%

2.2.14	Terapia de intervención familiar (IF) de tipo psicoeducativo
Fórmula	Pacientes ingresados en los que al menos un familiar participa en una reunión de los grupos de Intervención Familiar x 100 / Total de pacientes ingresados Desagregado: - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	Implementación en el primer trimestre de 2020 de la agenda en Selene Segundo semestre de 2020: >50% en las dos unidades

2.2.15	Valoración de la Conducta Suicida en pacientes con Depresión Mayor, Esquizofrenia o Trastorno Bipolar
Fórmula	<p>1. Pacientes dados de alta en UCE con los diagnósticos especificados (F30-39 y F20-29), en cualquier campo de diagnóstico, con la valoración del riesgo suicida cumplimentada en las primeras 24 horas x 100 / Pacientes dados de alta en UCE con los diagnósticos especificados en cualquier campo de diagnóstico</p> <p>2. Pacientes dados de alta en UME con los diagnósticos especificados (F30-39 y F20-29), en cualquier campo de diagnóstico, con la valoración del riesgo suicida cumplimentada en las primeras 72 horas x 100 / Pacientes dados de alta en UME con los diagnósticos especificados en cualquier campo de diagnóstico</p> <p>3. Pacientes dados de alta en URH con los diagnósticos especificados (F30-39 y F20-29), en cualquier campo de diagnóstico, con la valoración del riesgo suicida cumplimentada en los primeros 7 días x 100 / Pacientes dados de alta en URH con los diagnósticos especificados en cualquier campo de diagnóstico</p>
Fuente	SELENE
Meta	<p>Implementación en el primer trimestre de 2020 de la valoración en Selene</p> <p>Segundo semestre de 2020:</p> <p>1. >50%</p> <p>2. >50%</p> <p>3. >50%</p>

2.2.16	Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad
Fórmula	Número de Ciclos de Evaluación y Mejora realizados y documentados en un año
Fuente	Informe de actividades
Meta	≥ 3

2.3 Calidad de los Cuidados.

2.3.1.	Asignación de enfermera referente de cuidados
Fórmula	<p>Pacientes ingresados en hospitalización a los que se asigna enfermera de referencia x 100 / Pacientes ingresados en hospitalización</p> <p>Desagregado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UCE - URME
Fuente	SELENE
Meta	<ul style="list-style-type: none"> - UCE ≥ 80% - URME ≥ 90 %

2.3.2	Continuidad asistencial
Fórmula	Número de reuniones con los equipos de centros de salud mental de referencia de la UCE (Caravaca, Yecla y Jumilla)
Fuente	Actas de reuniones
Meta	2 reuniones por centro

2.3.3	Plan de Acogida al ingreso
Fórmula	Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	≥ 90% en las tres unidades

2.3.4	Valoración de Enfermería
Fórmula	Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta de la valoración de enfermería x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	≥ 95% en las tres unidades

2.3.5	Valoración temprana del riesgo de caídas
Fórmula	Pacientes con valoración de riesgo de caída en las primeras 24 horas x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	≥ 95% en las tres unidades

2.3.6	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados
Fórmula	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100 / Altas hospitalarias en el periodo de estudio Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE / SINASP
Meta	≤ 1% en las tres unidades

2.3.7	Altas hospitalarias con informe de cuidados (IC)
Fórmula	ICC realizados al alta hospitalaria x 100/ Altas hospitalarias Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	- UCE ≥ 80% - UME ≥ 95% - URH ≥ 95%

2.3.8	Valoración y seguimiento de IMC en los pacientes con ingreso en hospitalización.
Fórmula	Altas hospitalarias que tienen registrado el IMC al ingreso y mensualmente x 100 / Altas hospitalarias Desagregado: - UCE - UME - URH
Fuente	SELENE
Meta	- UCE ≥ 80% - UME ≥ 80% - URH ≥ 80%

2.4 Seguridad del paciente.

2.4.1 Sistema de notificación de incidentes.

2.4.1.1	SINAPS
Fórmula	Incremento de las notificaciones realizadas en el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior
Fuente	SINAPS
Meta	Aumento relativo respecto al año anterior

2.4.1.2	Análisis Causa Raíz
Fórmula	Análisis Causa Raíz (ACR) con informe terminado x 100 / Incidentes con riesgo
Fuente	SINAPS
Meta	- Con riesgo extremo (SAC1) : 100% - Con riesgo alto (SAC2): ≥75% Informe con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización

2.4.2 Seguridad de los medicamentos.

2.4.2.1	Autoevaluación ISMP
Fórmula	Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación (ISMP)
Fuente	Gerencia
Meta	Informe de actividades de mejora realizadas debidamente documentado

2.4.2.2	Conciliación terapéutica
Fórmula	Evaluación del protocolo de conciliación terapéutica y número de servicios hospitalarios dónde se aplica conciliación terapéutica
Fuente	Gerencia
Meta	Informe de actividades realizadas debidamente documentado

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS

3.1	Demora para ingreso en Unidad Regional de Media Estancia (URME)
Fórmula	1. Pacientes ingresados en UME que no superan los 15 días de espera para el ingreso x 100 / Pacientes ingresados en UME 2. Pacientes ingresados en URH que no superan los 30 días de espera para el ingreso x 100 / Pacientes ingresados en URH
Fuente	SELENE
Meta	1. ≥ 90% 2. ≥ 90%

3.2	Demora para ingreso en Hospital de Día (HD)
Fórmula	1. Pacientes valorados e ingresados en HD que no superan los 15 días de espera para valoración x 100 / Pacientes valorados e ingresados en HD 2. Pacientes valorados e ingresados en HD que no superan los 180 días de espera para ingreso x 100 / Pacientes valorados e ingresados en HD
Fuente	SELENE
Meta	1. 100% 2. ≥ 65%

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 4

USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS

4.1 Monitorización y mejora de indicadores de URM.

4.1.1	Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día)
Fórmula	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	< 13%

4.1.2	Pacientes dados de alta con 3 o más antipsicóticos
Fórmula	Pacientes con 3 o más antipsicóticos simultáneamente recetados en un mes al alta x100/ Pacientes con antipsicóticos prescritos al alta
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	< 8%

4.1.3	Disminución en el uso de benzodiazepinas al alta
Fórmula	Pacientes con dosis diarias de BZP superiores a una DDD (dosis altas de 1 BZP o uso de 2 o más BZP) al alta x 100/ Pacientes con benzodiazepinas prescritas al alta
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	< 15%

4.2 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

4.2.1	Receta electrónica actualizada en pacientes dados de alta en cualquier recurso
Fórmula	Pacientes dados de alta en cualquier recurso con la Receta Electrónica actualizada a la fecha de alta x 100 / Pacientes dados de alta en cualquier recurso
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	≥80%

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 5

PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

5.1 Formación sanitaria especializada.

5.1.1	Requisito acreditación Unidades docentes multiprofesionales: trabajo en equipo
Fórmula	Número de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CSM/dispositivos hospitalarios) que realizan 4 sesiones clínicas conjuntas en 2020 x 100 / Total de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)
Fuente	Unidades Docentes multiprofesionales Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales realizan 4 sesiones clínicas conjuntas/año

5.1.3	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes en la puerta de Urgencias
Fórmula	Procedimiento de implementación del/los protocolo/s de supervisión de residentes elaborado entre los responsables de la puerta de Urgencias y la Comisión de docencia
Fuente	Gerencia
Meta	Informe: Evaluación y resultados de la implementación de los protocolos de supervisión de los residentes contratados por la Gerencia

5.1.4	Requisito acreditación unidades docentes: Guías Itinerario Formativo Tipo (GIFT)
Fórmula	Número de GIFT correctamente cumplimentadas en 2020/ Número total de unidades docentes acreditadas
Fuente	Unidades docentes Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de las unidades docentes acreditadas tendrán las GIFT correctamente cumplimentadas en base a los apartados descritos en la ficha.

5.2 Formación continuada.

5.2.1	Cumplimiento de las acciones formativas del plan aprobado por Desarrollo Profesional
Fórmula	Acciones formativas del Plan de INAP realizadas (ediciones) x 100/Acciones formativas del Plan de INAP (ediciones) aprobadas en la Comisión Paritaria de Formación Continua
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 80% de acciones (ediciones) ejecutadas, de las aprobadas

5.2.2	Acciones formativas (ediciones) del Plan de Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) realizadas hasta julio
Fórmula	Acciones formativas (ediciones) del Plan de INAP realizadas antes del 31 de julio x 100/Acciones formativas del Plan de INAP
Fuente	Aplicativo SIAFOC
Meta	≥ 63% de lo aprobado en PIFCS del Plan de INAP

5.2.3	Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales
Fórmula	Profesionales distinto que han recibido formación x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior
Fuente	Aplicativo SIAFOC/SAINT 7
Meta	≥50% de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1 ≥45% de los profesionales de los grupos C2 y E

Acuerdo de Gestión 2020

Anexo 6

**CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL
SISTEMA MEDIANTE UN ADECUADO
CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO**

6.1.	Gasto en plantilla, sustituciones y gasto en personal eventual
Fórmula	Presupuesto ejecutado x 100 / Presupuesto asignado
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 5.678.943,58 €

6.2	Gasto en productos farmacéuticos
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto en productos farmacéuticos x 100 / Presupuesto asignado en gasto en productos farmacéuticos
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 1.638.140,23 €

6.3	Gasto en material sanitario
Fórmula	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Consulta de Gasto Real en BW
Meta	≤ 100% Presupuesto asignado: 24.308,45 €

6.4	Ahorro presupuestario
Fórmula	(Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida presupuestaria - Presupuesto asignado en cada partida presupuestaria)) x 1000 / Presupuesto asignado total del área
Fuente	Secretaria General Técnica. Sistema de información SAP. Informe BW de Seguimiento de Gasto Real
Meta	Inferior a lo presupuestado

Acuerdo de Gestión 2020

GERENCIA DE SALUD MENTAL

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos

El Acuerdo de Gestión de 2020 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2020
1	Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión.	500
2	Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	500

2. Seguimiento y Evaluación

Estos objetivos se evaluarán con los indicadores definidos en el anexo correspondiente. Con carácter general, se valorarán las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso). Para evitar que valores cercanos al estándar no puntúen, se corregirán estos valores por la posición en un ranking donde figuren todas las áreas/CSM y que supone el 50% de la puntuación total.

La puntuación final se obtendrá a partir de los resultados alcanzados en el conjunto de objetivos incluidos en los dispositivos asistenciales de salud mental, tanto a nivel hospitalario como comunitario.

Acuerdo de Gestión 2020

INDICADORES

1.1.1	Despliegue y seguimiento de los objetivos del Acuerdo de Gestión
Fórmula	<p>1.1.1.1 Número de servicios/equipos que firman Pactos de Gestión y tienen designados a los referentes de calidad y seguridad (facultativo y enfermera) x 100/ Total de servicios/equipos de la Gerencia</p> <p>1.1.1.2 Número de Pactos en los que se realiza sesiones de seguimiento x 100 / Total de Pactos acordados</p> <p>1.1.1.3 Número de Pactos en los que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos x 100 / Total de Pactos acordados</p>
Fuente	Gerencia
Meta	<p>100% en cada uno de los subindicadores.</p> <p>El total de la puntuación asignada a este indicador (500) se distribuirá con los pesos siguientes para cada subindicador:</p> <p>1.1.1.1: 25%</p> <p>1.1.1.2: 25%</p> <p>1.1.1.3: 50%</p>

REFERENTES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Se designa a las personas adscritas a los servicio/equipos como referentes en materia de Calidad y Seguridad, con la capacidad necesaria para cumplir con las siguientes funciones:

- Velar por la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad de los pacientes en su Servicio/Unidad.
- Conocer y difundir los objetivos en Calidad y Seguridad que figuran en el Pacto de Gestión de su Servicio/Unidad.
- Colaborar con la Dirección, la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación para la consecución de los mismos.
- Servir de enlace entre la Unidad de Calidad Asistencial y la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación y su Servicio/Unidad.

2.7.2	Contención mecánica en unidad de hospitalización breve de adultos y unidad de hospitalización infanto-juvenil
Fórmula	1. Implantación en Selene del registro de contención mecánica en Unidades de Hospitalización y consensuado con la Gerencia de SM y los responsables de las UH 2. Pacientes ingresados en UHB que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 /Pacientes ingresados en UHB (ídem en UHIJ)
Fuente	SELENE
Meta	1. 100% antes del 31 de marzo de 2020 2. ≤ 10 % del 1 de abril al 30 de noviembre de 2020

2.7.1	Mejora en la Coordinación en Salud mental
Fórmula	a. Mejora de la coordinación interinstitucional : a.1 Constitución de la Comisión sociosanitaria de Área. a.2 Número de reuniones de la Comisión sociosanitaria de Área b. Mejora de la coordinación intra-institucional : Constitución de una Comisión mixta SM-AP en cada una de las Áreas
Fuente	a. Responsable coordinación sociosanitaria b. Responsable de CSM
Meta	a.1. Constitución. Acta de constitución: (50%) a.2. >1 reuniones anuales. Acta de reuniones (50%) (a.2 excluye a.1) b. Acta de constitución (50%)

2.7.4	Plan de Actuación Coordinada (PAC) en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave
Fórmula	Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave con PAC registrado en la historia clínica en los 60 días siguientes al diagnóstico x 100 / Primeras consultas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave entre el 1 de enero y 30 de octubre de 2020 <i>(Primeras = Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace ≥ 1 año que no acudieron a su última cita)</i>
Fuente	SELENE
Meta	>80%

2.7.5	Uso de la Historia clínica electrónica en salud mental (CSM, CAD, UR, ETAC y HDIJ)
Fórmula	Primeras consultas con informes en Selene X 100/ Primeras consultas en cada uno de los centros (Primeras consultas= Pacientes nuevos + pacientes que fueron dados de alta + pacientes que hace 1 año o más que no acudieron a la última cita)
Fuente	SELENE
Meta	>85%

3.1.21	Demora media para primera cita en los Centros de Salud mental
Fórmula	Sumatorio de la diferencia, en días naturales, entre la fecha de tramitación de la cita y la fecha de la cita para una primera consulta para un periodo de tiempo determinado/Total de citas durante ese periodo de tiempo
Fuente	Selene
Meta	<50 días

4.3.2	Pacientes tratados con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día) en el Área de Salud
Fórmula	Pacientes con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes tratados con paliperidona depot
Fuente	Datos disponibles por la DGAS (SGF) en el fichero Gestión de la Prestación Farmacéutica
Meta	Áreas de Salud 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: ≤ (29%, 33%, 26%, 20%, 25%, 33%, 27%, 33%) Área de Salud 9: ≤18%

5.1.1	Requisito acreditación Unidades docentes multiprofesionales: trabajo en equipo
Fórmula	Número de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios) que realizan 4 sesiones clínicas conjuntas en 2020 x 100 / Total de dispositivos docentes de Unidades Docentes multiprofesionales (CS/CSM/dispositivos hospitalarios)
Fuente	Unidades Docentes multiprofesionales Acreditadas para la formación de residentes
Meta	100% de los dispositivos acreditados de unidades docentes multiprofesionales realizan 4 sesiones clínicas conjuntas/año



**Acuerdo de
Gestión
2020**