

# ACUERDO DE GESTIÓN

Hospital Psiquiátrico Román Alberca



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad

2017



## ÍNDICE

ANTECEDENTES .....	5
OBJETIVOS .....	6
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	8
ESTIPULACIONES .....	11
INDICADORES .....	13
ANEXO 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN .....	17
ANEXO 2 MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA .....	19
2.1 Procesos Asistenciales .....	20
2.2 Calidad de los Cuidados .....	22
2.2.1 Calidad de los cuidados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) .....	22
2.2.2 Calidad de los cuidados hospitalarios .....	22
2.3 Seguridad del paciente .....	23
2.3.1 Sistema de notificación de incidentes .....	23
2.3.2 Higiene de manos .....	23
2.3.3 Seguridad de los medicamentos .....	24
ANEXO 3 EVALUACIÓN Y EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS .....	26
ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS .....	28
4.1 Monitorización y mejora de indicadores de URM .....	28
ANEXO 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES .....	29
5.1. Formación sanitaria especializada .....	30
5.2. Formación continuada .....	31
5.3. Pertinencia de la formación continuada .....	32
ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA .....	34



## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES

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 racionalizar 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 SMS diseñó el Acuerdo de Gestión 2013 – 2015 como un convenio de carácter especial entre el propio Servicio Murciano de Salud y sus Centros Sanitarios. Los dos referentes para el diseño y la elaboración de este Acuerdo fueron la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Región de Murcia y el cuarto Plan de Salud de la Región de Murcia 2010 – 2015. Al haber finalizado el período de vigencia de ambas referencias, está pendiente la elaboración de un nuevo Plan de Salud así como la Estrategia del Servicio Murciano de Salud para el período que comienza en 2018. Una vez que se haya definido este marco estratégico se procederá a elaborar un nuevo modelo de Acuerdo de Gestión que permita llevar adelante las tareas que corresponden al Servicio Murciano de Salud para la ejecución de los objetivos y líneas estratégicas marcadas.

Por todo ello, para el ejercicio 2017 los objetivos del Acuerdo de Gestión se mantienen en la línea de 2016 poniendo el énfasis en la sostenibilidad del sistema, la garantía de accesibilidad a los servicios y la mejora continua de los resultados de la atención sanitaria a través de la monitorización de la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

## OBJETIVOS

1

### Despliegue de los objetivos del Acuerdo de Gestión a todo el centro

La Gerencia del Centro desplegará los objetivos del acuerdo de gestión a través de la firma de acuerdos de gestión con los servicios/unidades hospitalarias que incluirá la designación de referentes de calidad y seguridad. (ANEXO 1)

1

### 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 1).

**2**

**Evaluación de la accesibilidad y eficiencia en el uso 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 2)

**3**

**Uso racional de los medicamentos.**

El uso racional 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 3)

**4**

**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 4)

**5**

**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 5)

## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 1. Valoración de resultados / cumplimiento de objetivos

El Acuerdo de Gestión de 2017 se valorará de acuerdo con la ponderación que aparece en la siguiente tabla:

		2017
1	Despliegue del Acuerdo de Gestión	50
2	Monitorizar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria.	200
3	Evaluación de la accesibilidad y eficiencia en el uso de los recursos.	150
4	Uso racional de los medicamentos.	50
5	Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.	50
6	Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.	450*

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

Subapartados	Porcentaje	Puntuación
Personal **	50%	225
Farmacia Hospitalaria	25%	112,5
Material sanitario	25%	112,5

\*\*Personal: Gastos en sustituciones por incapacidad transitoria y sustituciones por permisos, sustituciones por vacaciones y gasto en personal eventual

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). Para evitar que valores cercanos al estándar no puntúen, se corregirán estos valores por la posición en un ranking donde figuren todas las áreas y que supone el 50% de la puntuación total.

Los objetivos del cumplimiento presupuestario se evaluarán en función del cumplimiento del presupuesto asignado con una tolerancia del 3% para el indicador de personal y un 5% para el resto de indicadores.

Con carácter excepcional, el cumplimiento de la totalidad de los apartados “Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario” y “Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria”, supondrá la valoración del Acuerdo de Gestión con la máxima puntuación.

## 2. Seguimiento y Evaluación

Se realizarán dos evaluaciones para el seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, una a finales del primer semestre del año y otra al cierre del ejercicio. A dichas evaluaciones deberán asistir los equipos directivos de las Gerencias y el equipo directivo de los Servicios Centrales del SMS en todos sus ámbitos (asistencial, económico-financiero y de recursos humanos).

Además de estas dos evaluaciones, se introducirán progresivamente herramientas que permitan aproximarse a un proceso de evaluación continua a lo largo del año, ya sea de forma global o en algún ámbito particular.



## REUNIDOS

De una parte, D. Francisco Agulló Roca, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra la Directora Médica del Hospital Psiquiátrico Ramón Alberca D<sup>a</sup>. María Asunción de Concepción Salesa.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el ejercicio 2017, comprometiéndose a cumplir en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos, los objetivos que aquí se recogen por considerar que son acordes con los objetivos institucionales. 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 2017 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 2017.

### Tercera - Objetivos

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

1. Despliegue del Acuerdo de Gestión.
2. Monitorizar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.
3. Evaluación de la accesibilidad y eficiencia de los recursos.
4. Uso racional 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 10 de marzo de 2017

EL DIRECTOR GERENTE DEL SMS

D. Francisco Agulló Roca.

LA DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL  
PSIQUIATRICO ROMÁN ALBERCA

D<sup>a</sup>. María Asunción de Concepción Salesa.



## **Acuerdo de Gestión 2017**

---

### **INDICADORES**

---



# **Acuerdo de Gestión 2017**

## **Anexo 1**

---

### **Despliegue del Acuerdo de Gestión**

---



## ANEXO 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO DE GESTIÓN

<b>1.1.1</b>	<b>Despliegue de los objetivos del Acuerdo de Gestión</b>
<b>Fórmula</b>	Número de servicios/unidades que firman acuerdos de gestión con la Dirección y con designación de referentes de calidad y seguridad x 100 / Total de servicios/unidades/equipos de atención primaria
	Los acuerdos de gestión estarán firmados antes del 30 de mayo de 2017 y se levantará acta de la firma de cada uno de los acuerdos
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	100%



## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 2**

---

---

## **MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

---

---

## ANEXO 2 MONITORIZAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

### 2.1 Procesos Asistenciales

<b>2.1.1</b>	<b>Ingreso voluntario en la Unidad Regional de Media Estancia (URME)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados voluntariamente en la URME x 100 / Pacientes ingresados en la URME
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 50%

<b>2.1.2</b>	<b>Contención mecánica en la Unidad de Corta Estancia (UCE)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCE que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en UCE
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 7%

<b>2.1.3</b>	<b>Abandonos indebidos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados que abandonan el centro indebidamente x 100 / Pacientes ingresados Desagregado: - UCE - URME
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	UCE ≤ 4% URME ≤ 10%

<b>2.1.4</b>	<b>Reclamaciones por trato inadecuado</b>
<b>Fórmula</b>	Reclamaciones por trato inadecuado x 100 / Total de reclamaciones
<b>Fuente</b>	SUGESAN
<b>Meta</b>	≤15%

<b>2.1.5</b>	<b>Agresiones</b>
<b>Fórmula</b>	Análisis Causa-Raíz (ACR) del 25% de los incidentes de agresión producidos en el centro
<b>Fuente</b>	RIA
<b>Meta</b>	100%

<b>2.1.6</b>	<b>Valoración del riesgo de violencia (Escala Plutchik)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con valoración del riesgo de violencia en las 24 primeras horas del ingreso x 100 / Pacientes ingresados
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	URME ≥ 60% UCE ≥ 50%

<b>2.1.7</b>	<b>Adecuación de la derivación para TEC en régimen de mantenimiento</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes derivados para TEC de mantenimiento con indicación de "último recurso" x 100 / Pacientes derivados para TEC de mantenimiento
<b>Fuente</b>	Memoria Unidad TEC
<b>Meta</b>	≤ 30%

<b>2.1.8</b>	<b>Estancia en UCE</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta en UCE con una duración de 30 días o más x 100 / Pacientes dados de alta en UCE
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≤ 4%

<b>2.1.9</b>	<b>Reingresos en UCE</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con ingreso en UCE que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UCE
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	< 4%

<b>2.1.10</b>	<b>Reingresos en URME</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con ingreso en URME que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en URME
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	< 4%

<b>2.1.11</b>	<b>Ingresos en URME con Esquizofrenia y Trastornos delirantes y/o Trastornos del humor afectivos</b>
<b>Fórmula</b>	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 / Pacientes dados de alta en URME
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	>70%

<b>2.1.12</b>	<b>Ingresos en UCE con Esquizofrenia y Trastornos delirantes y/o Trastornos del humor afectivos</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta en UCE con diagnóstico de Esquizofrenia y trastorno delirantes (F20-F29) y/o Trastornos del humor afectivos (F30-39) x 100 / Pacientes dados de alta en UCE
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	> 55%

<b>2.1.13</b>	<b>Grado de efectividad del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)</b>
<b>Fórmula</b>	Mejora relativa del número de días de estancia hospitalaria tras dos años de seguimiento en ETAC
<b>Fuente</b>	AGORA
<b>Meta</b>	Reducción del 85%

<b>2.1.14</b>	<b>Grado satisfacción de los visitantes</b>
<b>Fórmula</b>	Visitantes que responden a la encuesta de satisfacción con alto o muy alto x 100 / Visitantes que responden al encuesta de satisfacción
<b>Fuente</b>	Encuesta de satisfacción
<b>Meta</b>	90%

## 2.2 Calidad de los Cuidados

### 2.2.1 Calidad de los cuidados en la Unidad de Corta Estancia (UCE)

<b>2.2.1.1</b>	<b>Enfermera referente de cuidados</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en UCE a los que se asigna enfermera de referencia x 100 / Pacientes ingresados en UCE
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 25%

<b>2.2.1.2</b>	<b>Continuidad asistencial</b>
<b>Fórmula</b>	Número de reuniones con los equipos de CSM de referencia
<b>Fuente</b>	Actas de reuniones
<b>Meta</b>	6

### 2.2.2 Calidad de los cuidados hospitalarios

<b>2.2.2.1</b>	<b>Plan de Acogida</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida x 100 / Pacientes ingresados en el momento del estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 90%

<b>2.2.2.2</b>	<b>Valoración temprana del riesgo de Caídas</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes con valoración de riesgo de Caída en las primeras 24 horas x 100/ Pacientes ingresados en el momento del estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	≥ 95%

<b>2.2.2.3</b>	<b>Caídas notificadas en pacientes hospitalizados</b>
<b>Fórmula</b>	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100/ Altas hospitalarias en el periodo de estudio
<b>Fuente</b>	SELENE / SINASP
<b>Meta</b>	≤ 1%

<b>2.2.2.4</b>	<b>Altas hospitalarias con informe de continuidad de cuidados</b>
<b>Fórmula</b>	ICC realizados al alta hospitalaria x 100/ Altas hospitalarias en el periodo de estudio
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	UCE ≥ 30% URME ≥ 95%

<b>2.2.2.5</b>	<b>Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad</b>
<b>Fórmula</b>	Número de Ciclos de Evaluación y Mejora realizados y documentados en un año
<b>Fuente</b>	Informe de actividades
<b>Meta</b>	≥ 3

## 2.3 Seguridad del paciente

### 2.3.1 Sistema de notificación de incidentes

<b>2.2.1</b>	<b>SINAPS</b>
<b>Fórmula</b>	Incremento de las notificaciones realizadas en el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior
<b>Fuente</b>	SINAPS
<b>Meta</b>	≥ 5%

<b>2.2.2</b>	<b>Análisis Causa Raíz</b>
<b>Fórmula</b>	Análisis Causa Raíz (ACR) de incidentes con riesgo finalizados x 100 /Total de incidentes con riesgo
<b>Fuente</b>	SINAPS
<b>Meta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con riesgo extremo (SAC1) :100%</li> <li>- Con riesgo alto (SAC2): ≥75%</li> </ul>

### 2.3.2 Higiene de manos

<b>2.3.2.1</b>	<b>Preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención</b>
<b>Fórmula</b>	Botiquines, controles de auxiliares y comedores con preparados de base alcohólica (PBA) x 100/ Total de botiquines, controles de auxiliares y comedores.
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	100%

<b>2.4.4.2</b>	<b>Consumo PBA en hospitalización</b>
<b>Fórmula</b>	Nº litros entregados x 1000 / Nº pacientes-días (estancias)
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	30

### 2.3.3 Seguridad de los medicamentos

<b>2.3.3.1</b>	<b>Autoevaluación ISMP</b>
<b>Fórmula</b>	Acciones de mejora sobre Seguridad del Medicamento según la autoevaluación (ISMP)
<b>Fuente</b>	Gerencia
<b>Meta</b>	Informe de actividades realizadas debidamente documentado

<b>2.3.3.2</b>	<b>Conciliación terapéutica</b>
<b>Fórmula</b>	Evaluación del protocolo de conciliación terapéutica y Número de servicios hospitalarios dónde se aplica conciliación terapéutica
<b>Fuente</b>	Informe de actividades realizadas debidamente documentado
<b>Meta</b>	≥1

## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 3**

---

---

## **EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS**

---

---

### ANEXO 3 EVALUACIÓN Y EFICIENCIA EN EL USO DE LOS RECURSOS

<b>3.1</b>	<b>Demora para ingreso en Unidad Regional de Media Estancia (URME)</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo desde la inclusión en lista de espera hasta la realización del servicio para pacientes atendidos durante el último periodo analizado. Desagregación: - Valoración para ingreso en URME <15 días - Ingreso en URME <45 días
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	Según límites desagregados para pacientes en espera

<b>3.2</b>	<b>Demora para ingreso en Hospital de Día</b>
<b>Fórmula</b>	Tiempo desde la inclusión en lista de espera hasta la realización del servicio para pacientes atendidos durante el último periodo analizado. Desagregación: - Valoración para ingreso en HD, <15 días - Ingreso en HD, <180 días
<b>Fuente</b>	SELENE
<b>Meta</b>	Según límites desagregados para pacientes en espera

## Acuerdo de Gestión 2017

### Anexo 4

---

## USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

---

## ANEXO 4 USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

### 4.1 Monitorización y mejora de indicadores de URM

<b>4.1.1</b>	<b>Medicamentos comercializados en últimos 5 años sin aportación relevante (NMSAR)</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de NMSAR prescritas x 100 / DDD de medicamentos prescritas
<b>Fuente</b>	
<b>Meta</b>	≤ 2%

<b>4.1.2</b>	<b>Antipsicóticos</b>
<b>Fórmula</b>	DDD de risperidona + olanzapina prescritas x 100 / DDD antipsicóticos atípicos
<b>Fuente</b>	
<b>Meta</b>	≥ 60%

## **Acuerdo de Gestión 2017**

### **Anexo 5**

---

#### **PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES**

---

## ANEXO 5 PROMOVER LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES

### 5.1. Formación sanitaria especializada

5.1.1	Guía Itinerario Formativo Tipo
<b>Fórmula</b>	<p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará a partir del 50% de las GIFT que estén en el modelo normalizado de buenas prácticas de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<a href="http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/BuenasPracticasFSE.htm">http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/BuenasPracticasFSE.htm</a>), que realicen una revisión e incluyan los diferentes itinerarios formativos en su caso:</p> <p>&lt;50%: 0 (0%) 50-75%: 33 (10%) 76-95%: 66 (20%) &gt;95%: 100 (30%)</p> <p>Numerador: Número de GIFT correctamente cumplimentadas Denominador: Número total de GIFT que deben tener</p>
<b>Fuente</b>	Página Web de FSE: <a href="http://www.murciasalud.es/fse.php">http://www.murciasalud.es/fse.php</a>
<b>Meta</b>	100% de las GIFT.

5.1.2	Protocolo de Supervisión y Responsabilidad Progresiva de Residentes en Urgencias y en Otras Áreas
<b>Fórmula</b>	<p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará en los Protocolos de Supervisión la inclusión de los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles de supervisión generales, establecidos por la Comisión de Docencia y comunes a todas las especialidades del centro docente.</li> <li>- La graduación de la supervisión de las actividades asistenciales especialmente significativas en las que participa el residente (hospitalización, consultas externas, guardias, quirófano, áreas asistenciales significativas, etc.), que procedan según la especialidad.</li> <li>- Relación de actividades más relevantes que realiza el residente, agrupadas según las áreas asistenciales especialmente significativas que procedan según la especialidad, de forma que se aprecie de manera global la disminución de la supervisión y el aumento progresivo de la responsabilidad por parte del residente durante los años de residencia.</li> <li>- Garantizar la supervisión de presencia física del R1.</li> <li>- La fecha de aprobación del protocolo de supervisión y fecha de revisión.</li> </ul> <p>■ Si: 100 (30%) ■ No: 0 (0%)</p>
<b>Fuente</b>	Espacio Docente Idea: <a href="http://www.murciasalud.es/idea/">http://www.murciasalud.es/idea/</a>
<b>Meta</b>	Existencia de protocolo en todas las áreas y dispositivos de atención continuada por donde rote un residente

5.1.3	Plan Individual de Formación del Residente
<b>Fórmula</b>	<p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará la existencia del 100% de los Planes individuales cumplimentados y entregados a los R1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;100%: 0 (0%)</li> <li>• 100%: 100 (20%)</li> </ul> <p>Numerador: Número de PIFR cumplimentados y entregados Denominador: Número total de PIFR que deben tener</p>
<b>Fuente</b>	Espacio Docente Idea: <a href="http://www.murciasalud.es/idea/">http://www.murciasalud.es/idea/</a>
<b>Meta</b>	100% de los PIFR aprobados y entregados al residente

5.1.4	Planificación de la Evaluación Formativa
<b>Fórmula</b>	<p>La Unidad de Desarrollo Profesional valorará la implantación por parte de las Unidades Docentes del Modelo Regional de Evaluación Formativa de la Rotación cumplimentando en el Bloque I (contenidos del periodo formativo/rotación) los objetivos e indicadores de objetivo que procedan para todas las rotaciones de las especialidades acreditadas.</p> <p>El modelo de evaluación formativa de la rotación deberá estar aprobado en Comisión de Docencia y la puesta en marcha del mismo será para las promociones a partir de 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las Unidades Docentes excepto Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;100%: 0 (0%)</li> <li>○ 100%: 100 (20%)</li> </ul> </li> <li>• Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;50%: 0 (0%)</li> <li>○ ≥50%: 100 (20%)</li> </ul> </li> </ul> <p>Numerador: Número de rotaciones con el bloque I cumplimentado y entregadas Denominador: Número total de rotaciones que deben tener según las especialidades acreditadas</p>
<b>Fuente</b>	Página Web de FSE: <a href="http://www.murciasalud.es/fse.php">http://www.murciasalud.es/fse.php</a>
<b>Meta</b>	100% de implantación del modelo regional de evaluación formativa de la rotación

## 5.2. Formación continuada

5.2.1	Eficiencia Global
<b>Fórmula</b>	<p>Horas/participante*nº participantes/total profesionales/ euros por hora.</p> <p><math>\text{Eficiencia INAP} + 10\% \text{ Eficiencia INAP} + E + O &gt; \overline{\text{Eficiencia INAP}}</math></p>
<b>Procedimiento de evaluación</b>	<p>Si la fórmula de la suma es :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior o igual a la <math>\overline{\text{Eficiencia INAP}}</math> : 0</li> <li>• De 0 a 9 puntos de diferencia porcentual: 25</li> <li>• De 10 a 19 puntos de diferencia porcentual: 50</li> <li>• De 20 a 35 puntos de diferencia porcentual: 75</li> <li>• Igual o más de 35: 100</li> </ul>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Aplicativo SIAFOC</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Memoria del PIFCS</p> <p>Relación de actividades con código E y O proporcionadas por cada Gerencia</p>
<b>Meta</b>	-----

5.2.2	Cumplimentación Económica de las actividades formativas
<b>Fórmula</b>	Cumplimentación económica de las actividades formativas a través de SIAFOC, en el momento de ejecución.
<b>Procedimiento de evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si se mecanizan los datos económicos de todas las actividades financiadas por INAP: 100</li> <li>▪ Si no se mecanizan los datos económicos de todas las actividades financiadas por INAP: 0</li> </ul>
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	100% de las actividades cumplimentadas a través de SIAFOC

5.2.3	Encuesta de Satisfacción
<b>Fórmula</b>	Las encuestas de satisfacción, se enviarán de manera masiva a través de SIAFOC, vía online, previa validación de cada área.
<b>Procedimiento de evaluación</b>	La Coordinación de Desarrollo Profesional evaluará con un 100 la totalidad del envío online de las encuestas de satisfacción y con un 0 el incumplimiento de esta premisa, período evaluable, a partir del mes de junio.
<b>Fuente</b>	Encuestas de satisfacción Herramienta web de encuestas online
<b>Meta</b>	100% del envío de las encuestas de satisfacción a través de SIAFOC

### 5.3. Pertinencia de la formación continuada

5.3.1	Pertinencia de la Formación Continuada
<b>Fórmula</b>	La Coordinación de Desarrollo Profesional propondrá las actividades formativas que denominará estratégicas y serán de obligado cumplimiento, ello implicará el 100 % en la puntuación, de no hacerlo la valoración pasará a ser nula. Actividades formativas propuestas: Prevención de Riesgos Laborales, EPOC, Violencia de género y otras.
<b>Procedimiento de valoración</b>	Ejecución del 100 % de las actividades estratégicas propuestas por la Coordinación de Desarrollo Profesional: 100 No desarrollar el 100% de las actividades estratégicas: 0
<b>Fuente</b>	Aplicativo SIAFOC
<b>Meta</b>	100% de las actividades propuestas

## Acuerdo de Gestión 2017

### Anexo 6

---

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

---

## ANEXO 6 CONTRIBUIR A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

6.1	Cumplimiento del gasto en sustituciones y gasto en personal eventual
<b>Fórmula</b>	$\text{Presupuesto ejecutado} \times 100 / \text{Presupuesto asignado}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica
<b>Meta</b>	$\leq 100\%$ Presupuesto asignado: 395.831,00

6.2	Cumplimiento del gasto en productos farmacéuticos
<b>Fórmula</b>	$\text{Presupuesto ejecutado en gasto en productos farmacéuticos} \times 100 / \text{Presupuesto asignado en gasto en productos farmacéuticos}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica
<b>Meta</b>	$\leq 100\%$ Presupuesto asignado: 240.800,53

6.3	Cumplimiento del gasto en material sanitario
<b>Fórmula</b>	$\text{Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario} \times 100 / \text{Presupuesto asignado en gasto de material sanitario}$
<b>Fuente</b>	Secretaría General Técnica
<b>Meta</b>	$\leq 100\%$ Presupuesto asignado : 36.250,32

# ACUERDO DE GESTIÓN 2017

