



Región de Murcia  
Consejería de Salud

10/04/2023 08:36:03 | PONCE LORENZO, FRANCISCO JOSE  
10/04/2023 08:36:03 | LOZANO SEMITEL, M. JOSE  
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.1.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: https://sede.carm.es/verificadocumentos e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) LRM-714d0f1-d775-2013-98fb-0050569b280

# Acuerdo de Gestión

2023-24



Román Alberca  
Hospital Psiquiátrico



Gerencia de Salud Mental-  
Hospital Román Alberca



LOZANO SEMITEL, M. JOSÉ	10/04/2023 08:36:03	PONCE LORENZO, FRANCISCO JOSÉ	10/04/2023 09:57:54
-------------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.1 de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.

Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) **LMRM-704d8f1-d775-203-78fb-0050569b280**



# ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
MARCO NORMATIVO.....	5
CONSIDERACIONES GENERALES .....	6
LÍNEAS DE ACTUACIÓN .....	7
DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO .....	11
ESTIPULACIONES .....	13
ANEXO 1A .....	15
ANEXO 1B .....	17
ANEXO 2.....	21
ANEXO 3.....	25
ANEXO 4.....	27
ANEXO 5.....	29
ANEXO 6.....	31
ANEXO 7.....	33



LOZANO SEMITEL, M. JOSÉ	10/04/2023 08:36:03	PONCE LORENZO, FRANCISCO JOSÉ	10/04/2023 09:57:54
-------------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.1 de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.

So

uveracidad

puede

ser

contratada

accediendo

a

la

siguiente

dirección

https://

sede.carm.es/verificadoc

umentos

e/verificaci

ón/

verificaci

## PRESENTACIÓN

El **Acuerdo de Gestión (AG)** es el compromiso firmado por cada una de las gerencias de área o dispositivo sanitario con la Gerencia del Servicio Murciano de Salud (SMS). Se trata de una herramienta que vincula la gestión de la actividad de los profesionales y los recursos económicos, materiales y tecnológicos con la consecución de objetivos y resultados estratégicos para la organización, los cuales pretenden avanzar en:

- Fortalecer la salud pública y comunitaria.
- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.
- Mejorar de forma continua la calidad asistencial y la satisfacción de los ciudadanos con el servicio recibido.
- Garantizar la continuidad de la atención en los procesos asistenciales.
- Implicar a los profesionales, cada uno en su nivel de responsabilidad, en la gestión de los recursos asignados.

## MARCO NORMATIVO

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 la Región de Murcia establece en el artículo 11.f) en materias de sanidad e higiene. La experiencia acumulada 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 Salud y la segunda al 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 SMS 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, los principios que orientan las actuaciones del SMS 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 mejor uso de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

## CONSIDERACIONES GENERALES

El AG contempla una serie de líneas estratégicas y objetivos que contribuyen a alcanzar la mejora continua en la atención a los ciudadanos y en las condiciones de trabajo de los profesionales. Con este propósito, se evaluará los logros conseguidos mediante indicadores diseñados y seleccionados a tal efecto. Dichos indicadores deben cumplir con los requisitos de ser válidos, fiables y medibles.

Dada la complejidad organizativa y de gestión de un ente sanitario regional como el SMS, y especialmente para consolidar el cumplimiento de aquellos objetivos que por su dificultad o dependencia de medidas adicionales o requisitos tecnológicos así lo precisan, la Gerencia del SMS ha acordado **ampliar del marco temporal de vigencia de este AG, dándole carácter bienal a los ejercicios 2023 y 2024**. En cualquier caso, se mantendrá la evaluación anual de cada ejercicio, informando de sus resultados a cada equipo directivo.

La gerencia de cada área o dispositivo dispondrá de la financiación adecuada para cumplir con los objetivos suscritos en el presente AG. Esta financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas asistenciales u organizativas sobrevenidas que tengan repercusión económica en el presupuesto de los ejercicios 2023 y 2024.



# LÍNEAS DE ACTUACIÓN

## LÍNEA DE ACTUACIÓN 1: DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN

Cómo impulso a la descentralización de la gestión hacia las áreas y centros, el Servicio Murciano de Salud ha incluido en los Acuerdos de Gestión de los últimos años la Línea Estratégica de “Despliegue y seguimiento del Acuerdo de Gestión”.

El compromiso de la gerencia para alcanzar los objetivos contenidos en el presente AG requiere de la implicación de todos los profesionales, verdaderos protagonistas de la atención. Para ello, es fundamental la transparencia de la información, de forma que todos los profesionales sean conocedores de los objetivos e indicadores de esta herramienta de gestión. Con ese propósito, la gerencia de área o dispositivo asistencial desplegará los objetivos del AG a todos los servicios/unidades hospitalarias y equipos de la forma que considere más adecuada para lograr el alcance pretendido, acordando con ellos metas que ayuden a la consecución de los objetivos estratégicos del área.

Con independencia de los acuerdos que se alcance para la consecución de los objetivos estratégicos que aparecen en el AG, a los que hace referencia en el punto anterior, la gerencia firmará **Pactos de Gestión** con los servicios/unidades y equipos en relación con los **objetivos propios** que considere oportunos.

Serán objeto de Pacto todos los servicios/unidades/equipos del centro, diferenciando aquellos de carácter asistencial y los no asistenciales. Se consideran no asistenciales a aquellos servicios/unidades en los que no hay actividad asistencial directa. Los servicios/unidades/equipos asistenciales incluyen tanto a los que realizan atención directa al paciente como las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

El mínimo de objetivos por servicio/unidad o equipo será de 2 indicadores, dejando el límite máximo a la decisión de la gerencia.

Con carácter general, los indicadores definidos para los objetivos propios deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser válidos: se trata de aspectos que tienen incidencia directa o indirecta en la mejora del servicio/atención al paciente.
- Ser medibles de manera cuantitativa: existe un sistema de información para medirlo de forma automática.
- Ser evaluables: se dispone de al menos una valoración previa a partir de la cual se pueden fijar metas.

Los Pactos de Gestión se remitirán a la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación en el modelo normalizado que corresponda (Unidades Asistenciales y Unidades No Asistenciales). Los Pactos de Gestión no incluirán el despliegue de los objetivos contenidos en el AG, sino sólo aquellos relacionados con objetivos propios de la gerencia.



La línea de actuación 1 contiene 3 objetivos:

**Objetivo 1:** Despliegue y difusión del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud.

**Objetivo 2:** Establecer Pactos de Gestión con los Servicios /Unidades /EAP en relación con los objetivos propios del área.

**Objetivo 3:** Garantizar la coordinación entre las Gerencias de Área y la Gerencia de Salud Mental en la atención hospitalaria de agudos.

Para el seguimiento y evaluación de esta línea de actuación se monitorizarán los indicadores que se indican en ANEXO 1A

Para facilitar la realización de pactos de gestión con las unidades/equipos o dispositivos del área, en el ANEXO 1B aparece una relación de indicadores que pueden ser seleccionados total o parcialmente por la gerencia, si así lo considera conveniente. La gerencia puede además añadir otros indicadores que considere conveniente medir para valorar el cumplimiento de sus objetivos.

## LÍNEA DE ACTUACIÓN 2: 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.

La gerencia de área con el presente acuerdo se compromete a mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria con los siguientes objetivos:

**Objetivo 1:** Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.

**Objetivo 2:** Mejorar los procesos de asistenciales.

**Objetivo 3:** Mejorar la calidad de los cuidados.

**Objetivo 4:** Mejorar la seguridad del paciente.

Para la valoración del cumplimiento de estos objetivos se monitorizarán los indicadores del ANEXO 2



## LÍNEA DE ACTUACIÓN 3: 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. Siendo necesario la reorganización de los circuitos asistenciales de forma que se garantice una atención adecuada en un tiempo de espera asumible para el paciente en función del riesgo. Al mismo tiempo, es necesario establecer líneas de trabajo para optimizar el uso de los recursos propios y mejorar la eficiencia de los servicios. Disminuyendo los tiempos de espera en los que los mismos permanecen ociosos sin causa justificable.

En el ANEXO 3 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos en esta línea de actuación.

## LÍNEA DE ACTUACIÓN 4: USO APROPIADO 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.

Esta línea incluye los siguientes objetivos:

**Objetivo 1:** Monitorización y mejora de uso racional de medicamentos.

**Objetivo 2:** Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud.

En el ANEXO 4 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos de esta línea de actuación.

## LÍNEA DE ACTUACIÓN 5: COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES

Los profesionales son, sin ninguna duda, el principal valor del SMS, por lo que es preciso intensificar las medidas que promuevan la salud individual y colectiva, así como su seguridad en el puesto de trabajo.

La vacunación frente a enfermedades trasmisibles como la gripe o el Covid-19 es una medida básica que, además de mejorar la protección individual, es eficaz para reducir la diseminación de estas patologías en el entorno sanitario.

Así mismo, las situaciones conflictivas se dan cada vez con más frecuencia en el ámbito de la prestación sanitaria, enturbiando el clima de cordialidad y respeto indispensable para dispensar un buen servicio público. Por ello, la Consejería de Salud y el Servicio Murciano de Salud han considerado prioritario el análisis de este problema emergente, asumiendo su compromiso de proteger la seguridad y la salud de los profesionales a su servicio, en cumplimiento de la ley de Prevención de Riesgos Laborales.



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. Así mismo, es necesario trabajar en la formación de los nuevos especialistas sanitarios, para garantizar la reposición de los recursos humanos.

Los objetivos priorizados por el SMS y la gerencia de área entre las iniciativas para contribuir al bienestar y desarrollo profesional de sus activos son los siguientes:

**Objetivo 1:** Mejorar la prevención en el ámbito laboral.

**Objetivo 2:** Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios.

**Objetivo 3:** Prevenir las agresiones a los profesionales.

**Objetivo 4:** Formación y desarrollo profesional: Formación Sanitaria especializada.

**Objetivo 5:** Formación y desarrollo profesional: Formación continuada.

## **LINEA DE ACTUACIÓN 6: SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA**

El mantenimiento de un sistema sanitario público y de calidad pasa por la utilización adecuada de los recursos puestos a disposición del sistema y, por la mejora continua de la eficiencia y el cumplimiento de los presupuestos asignados.

En el ANEXO 6 aparecen los indicadores a utilizar para la valoración del cumplimiento de los objetivos en esta línea de actuación, así como la asignación del presupuesto 2023 en cada uno de los objetivos económicos.

## **LINEA DE ACTUACIÓN 7: CUMPLIMIENTO DE LOS PACTOS DE GESTIÓN**

Los Pactos de Gestión comienzan con la firma de estos con cada uno de los servicios/unidades/equipos y finalizan con la evaluación de los mismos.

Corresponde a la gerencia valorar el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas indicando, en caso contrario, el plan de mejora específico a poner en marcha.

La gerencia remitirá al SGCASE un informe con el porcentaje de indicadores que cumplen con las metas pactadas, así como, los planes de mejora de aquellos indicadores que no alcancen las mismas en el año 2023.

Tal como se ha comentado anteriormente, en el ANEXO 1B, aparece una selección de indicadores que la gerencia puede utilizar, para la realización de pactos con los servicios/unidades/equipos. A estos se pueden añadir otros que la gerencia estime necesario para el cumplimiento de los objetivos propios del área de salud.

## DISTRIBUCIÓN DE LA PUNTUACIÓN ENTRE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL ACUERDO

La puntuación máxima a alcanzar en cada año en el presente Acuerdo de Gestión es de 1000 puntos. La distribución de los mismos por la línea de actuación aparece en la siguiente tabla.

		2023-2024
1	<b>Despliegue del Acuerdo y Pactos de Gestión.</b>	80
2	<b>Calidad y seguridad de la atención sanitaria.</b>	240
3	<b>Accesibilidad y uso adecuado de los recursos.</b>	150
4	<b>Uso apropiado de los medicamentos.</b>	80
5	<b>Compromiso con los profesionales.</b>	100
6	<b>Sostenibilidad económica.</b>	230
7	<b>Cumplimiento de los Pactos de Gestión.</b>	120



LOZANO SEMITEL, M. JOSÉ	10/04/2023 08:36:03	PONCE LORENZO, FRANCISCO JOSÉ	10/04/2023 09:57:54
-------------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.1 de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros.

So

uveracidad

puede

ser

contratada

accediendo

a la

siguiente

dirección

https://

sede.carm.es/verificadoc

umentos

e/verificaci

ón/sy

l/75-203-786b-0050569b280



# ESTIPULACIONES

## REUNIDOS

De una parte, D. Francisco José Ponce Lorenzo, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, y de otra, Dª María José Lozano Semitiel, Directora Gerente de Salud Mental-Hospital Román Alberca.

## ACUERDAN

Suscribir el presente Acuerdo de Gestión para el bienio 2023-2024, 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 2023-2024 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 que se suscribe establece el compromiso por la mejora de la atención sanitaria durante el periodo 1 de enero de 2023 a 31 de diciembre de 2024, salvo que se solicite una revisión de la vigencia por cualquiera de las partes con al menos dos meses de antelación, y en tanto no se suscriba el siguiente Acuerdo. No obstante, se realizará una evaluación anual al cierre del ejercicio de 2023.

### Tercera - Objetivos

Los objetivos del presente Acuerdo de Gestión y sus indicadores están centrados en las siguientes líneas de actuación:

1. Despliegue del Acuerdo y Pactos de gestión
2. Calidad y seguridad de la atención sanitaria
3. Accesibilidad y uso adecuado de los recursos
4. Compromiso con los profesionales
5. Uso apropiado de los medicamentos
6. Sostenibilidad económica
7. Cumplimiento de los Pactos de Gestión

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 3 de abril de 2023

DIRECTOR GERENTE DEL SMS

D. Francisco José Ponce Lorenzo

DIRECTORA GERENTE SALUD MENTAL-  
HOSPITAL ROMÁN ALBERCA.

Dª María José Lozano Semitiel



LOZANO SEMITEL, M. JOSÉ	10/04/2023 08:36:03	PONCE LORENZO, FRANCISCO JOSÉ	10/04/2023 09:57:54
-------------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.1 de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) LRM-704d8f1-d775-203-78fb-0050569b280



## ANEXO 1A

se muestran en los recuadros.

LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN

**Ponderación: 80/1000**

Objetivo 1 Despliegue del Acuerdo de Gestión a toda el Área de Salud

Nivel/ Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
HPRA Salud Mental Comunitaria	Despliegue y difusión en el Área de las líneas estratégicas generales priorizadas en el Acuerdo de Gestión	La Gerencia elaborará un resumen ejecutivo con las directrices estratégicas, la ponderación, evaluación del Acuerdo de Gestión y establecerá un plan de difusión del mismo a toda la organización	Informe a 31 de mayo de 2023	Gerencia	15

Objetivo 2 Realización de Pactos de Gestión con los servicios / unidades / Equipos comunitarios en relación con los objetivos propios del área

Nivel/ Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.1 Entrega de Pactos realizados en formato normalizado		Documentación entregada a la SGCASE en formato normalizado a 31 de mayo de 2023	Gerencia	15
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.2 Porcentaje de Servicios/Unidades asistenciales y no asistenciales y Equipos comunitarios que han firmado pactos	Número de Servicios/Unidades asistenciales y No asistenciales y Equipos de la Red de Salud mental que firman Pactos de Gestión con la Gerencia x 100 / Total de Servicios/Unidades asistenciales y No asistenciales y Equipos de la Red de Salud mental de la Gerencia	100%	Gerencia	25

### **Objetivo 3 Garantizar la coordinación entre las Gerencias de Área y la Gerencia de Salud Mental en la atención hospitalaria de agudos**

Nivel/ Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Apporta la información	Peso porcentual
Hospitalización de Área	3.1 Objetivos pactados con las Unidades de hospitalización Breve (Servicios de Psiquiatría de agudos)	Número de objetivos pactados con la Gerencias de Área que alcanzan la meta pactada x 100 / Total objetivos pactados con la Gerencias de Área	≥85%	Gerencia	25



Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la ley 39/2015. Los firmantes y los fechados de firma se muestran en los recuadros.

Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-704d8f1-d775-7203-98bb-005f5b9f6280





## ANEXO 1B

### LÍNEA DE ACTUACIÓN 1 DESPLIEGUE DEL ACUERDO Y PACTOS DE GESTIÓN

#### Objetivo 3 Mejorar la coordinación entre las Gerencias de Área y la Gerencia de Salud Mental en la atención hospitalaria de agudos

Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de la información
Hospitalización de Áreas 1, 2, 3,6, 7	1.2.2 Contención mecánica en las Unidades de Hospitalización Breve (UHB)	Pacientes ingresados en UHB que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en UHB	≤ 10%	SELENE Formulario de contención mecánica Id objeto 585.
Hospitalización de Áreas 1, 2, 3,6, 7	1.2.5 Estancias en las UHB	Pacientes dados de alta en las UHB con una duración de 30 días o más de estancia x 100 / Pacientes dados de alta en las UHB	≤ 4%	SELENE
Hospitalización de Áreas 1, 2, 3,6, 7	1.2.6 Reingresos en las UHB	Pacientes con ingreso en las UHB que han ingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en las UHB	≤ 4%	SELENE
Hospitalización de Áreas 1, 2, 3,6, 7	2.7.8 Ingreso involuntario en la Unidad de hospitalización de salud mental (UHB, UTA, UHD y UHIJ)	Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátricas con autorización judicial x 100 / Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica	≤20%	SELENE

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

## Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales

Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Fuente de la información
URME	1.2.1 Ingreso voluntario en la Unidad Regional de Media estancia (URME)	Pacientes ingresados voluntariamente en la URME x 100 /Pacientes ingresados en la URME	≥60%	SELENE
URME	1.2.3 Abandonos indebidos	Pacientes ingresados en URME que salen del centro sin el permiso correspondiente o no regresan de un permiso establecido (abandono indebido) x 100 / Pacientes ingresados en URME	≤ 3%	SELENE
URME	1.2.12 Escala de evaluación de la Actividad Global (EEAG)	Pacientes ingresados más de 24 horas en URME que tienen la EEAG realizada en los primeros 7 días de ingreso por el facultativo psicólogo x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas en URME	≥50%	SELENE N DWH DATA
URME	1.2.13 Valoración social del paciente	Pacientes ingresados en URME con la valoración del trabajador social cumplimentada en los primeros 7 días de ingreso x 100 / Pacientes ingresados en URME	≥45%	SELENE
URME	1.3.8 Valoración y seguimiento de Índice de Masa Corporal (IMC) en pacientes ingresados	Altas hospitalarias que tienen registrado el IMC al ingreso y Mensualmente x 100 / Altas hospitalarias	≥ 85%	SELENE
URME	1.3.10 Valoración nivel de adicción a nicotina	Pacientes fumadores ingresados en URME a los que se les ha administrado la Escala de Fagerström para evaluar el nivel de adicción a la nicotina en los primeros 7 días del ingreso x 100 / Pacientes fumadores ingresados en URME	≥ 65%	SELENE
URME	Asignación de profesionales referentes	Pacientes ingresados en URME a los que se les asigna un profesional de cada categoría profesional x 100/Pacientes ingresados en URME	≥70%	SELENE
URME	Elaboración Plan de Actuación Coordinada (PAC) en URME	Pacientes ingresados en URME con el Plan de Actuación Coordinada (PAC) realizado x100/ Pacientes ingresados en URME	≥60%	SELENE
Hospital de día	Elaboración Plan de Actuación Coordinada (PAC) en Hospital de Día	Pacientes ingresados en Hospital de Día con Plan de Actuación Coordinada (PAC) realizado x100/ pacientes ingresados en Hospital de Día	≥ 60%	SELENE





<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN 4 Uso apropiado de los medicamentos</b>				
<b>Objetivo 1 Monitorización y mejora de uso racional de medicamentos</b>				
<b>Nivel/Área de atención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Fuente de la información</b>
Salud Mental Comunitaria	4.1.1 Pacientes con paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día)	Pacientes de URME con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes de URME tratados con paliperidona depot	URME < 13%	Servicio de gestión farmacéutica de la DGAS
URME	3.1.2 Pacientes dados de alta con 3 o más antipsicóticos	Pacientes con 3 o más antipsicóticos simultáneamente prescritos al alta x100/ Pacientes con antipsicóticos prescritos al alta	<8%	Servicio de gestión farmacéutica de la DGAS
URME	3.1.3 Disminución en el uso de benzodiacepinas al alta	Pacientes con 3 o más benzodiacepinas diferentes prescritas al alta x 100/ Pacientes con benzodiacepinas prescritas al alta	<15%	Servicio de gestión farmacéutica de la DGAS
IPRA	3.1.4 Reducción del gasto por caducidad	Coste de medicamentos caducados X 100 / Importe consumo	≤1%	Gerencia

  

<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN 6 SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA Y MEDIOAMBIENTAL</b>				
<b>Objetivo 2 Sostenibilidad medioambiental</b>				
<b>Nivel/Área de atención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Fuente de la información</b>
IPRA	Número de proyectos de la Red de Salud Mental incluidos en PITECO	Número de actuaciones de la Red de Salud Mental incluidas en PITECO	> 0	Subdirección General de Asuntos Económicos
IPRA	Ejecución de proyectos de la Red de Salud Mental incluidos en PITECO	Proyectos de la Red de Salud mental incluidos en PITECO en ejecución x 100 /Proyectos de la Red de Salud mental incluidos en PITECO	>20%	Subdirección General de Asuntos Económicos
IPRA	Donaciones de activos descatalogados	Número de donaciones de activos descatalogados a entidades no lucrativas realizadas durante el ejercicio	>0	Gerencia
IPRA	Tóner reciclado en el ejercicio	Número de tóner cartuchos reciclados x 100 / Total de tóner	100%	Gerencia





## ANEXO 2

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA						Ponderación: 240/1000
Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida						Ponderación: 40/240
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
Salud Mental Comunitaria	2.1.1 Calidad percibida expresada por los usuarios/familia	Indicador compuesto con los siguientes subindicadores: 1. Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la consulta de salud mental x 100 / Valoraciones realizadas 2. Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la cita obtenida en la consulta de salud mental x 100 / Valoraciones realizadas 3. Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la información recibida en la consulta x 100 / Valoraciones realizadas	≥80%	SGCASE	40	
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales						Ponderación: 100/240
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
HPRA	1.2.2 Contención mecánica en la Unidad de Corta estancia (UCE)	Pacientes ingresados en UCE que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en UCE	≤ 5%	Gerencia	18	
HPRA	1.2.5 Estancias en UCE	Pacientes dados de alta en UCE del HPRA con una duración de 30 días o más de estancia x 100 / Pacientes dados de alta en UCE del HPRA	≤ 4%	Gerencia	12	
HPRA	1.2.6 Reingresos en UCE	Pacientes con ingreso en UCE del HPRA que han ingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UCE del HPRA	≤ 4%	Gerencia	12	
HPRA	1.2.16 Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad	Número de Ciclos de Evaluación y Mejora realizados y documentados en un año	1 por servicio (UCE, URME, HOSPITAL DE DIA y FARMACIA)	Gerencia	8	
Salud Mental Comunitaria	1.3.9 Valoración social del paciente en ETAC	Pacientes en seguimiento por el equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) con la valoración del trabajador social cumplimentada x 100 / Pacientes en seguimiento por el ETAC	≥ 85%	SELENE	10	

LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA				Ponderacion:240/1000	
Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales (cont.)					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
Salud Mental Comunitaria	2.7.7 Frecuentación de Trastorno Mental Grave (TMG) frente a Trastorno Mental Común (TMC)	Promedio de consultas realizadas a pacientes con diagnóstico de TMG / Promedio de consultas realizadas a pacientes con TMC	≥ 2.5	SELENE	10
Salud Mental Comunitaria	2.7.9 Altas en primera cita de pacientes con Código Z	Pacientes con diagnóstico de códigos Z dados de Alta en su primera cita x 100 / Pacientes con diagnóstico de códigos Z atendidos en los CSM	≥ 20%	SELENE	10
Salud Mental Comunitaria	2.2.1 Pacientes en empleo activos	Número de pacientes nuevos en Programa de empleo que realizan alguna actividad formativa o laboral x 100 / Total de pacientes nuevos en programa de empleo	≥ 30%		10
Salud Mental Comunitaria	2.7.10 Pacientes con diagnóstico de Psicosis atendidos por Psicología	Pacientes con diagnóstico de Psicosis que son atendidos por Psicología x 100 / Total de pacientes con diagnóstico de Psicosis	Al menos una atención de Psicología ≥ 90% Al menos 6 atenciones de Psicología ≥ 20%	SELENE	10



LÍNEA DE ACTUACIÓN 2 CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA				Ponderación: 240/1000	
Objetivo 3 Mejorar la calidad de los cuidados					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
HPRA	1.3.1 Asignación de enfermera referente de cuidados en UCE y URME	Pacientes ingresados en hospitalización (UCE URME) a los que se asigna enfermera de referencia x 100 / Pacientes ingresados en hospitalización	≥ 80% UCE ≥95% URME	Gerencia	10
	1.3.3 Plan de acogida y Valoración de Enfermería al ingreso en UCE y Unidad Regional de media Estancia (URME)	Pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida y Valoración de Enfermería en UCE y URME x 100 / Pacientes ingresados más de 24 h	≥ 90% UCE ≥ 90% URME		
HPRA	1.3.5 Valoración temprana del riesgo de caídas en UCE y URME	Pacientes con valoración de riesgo de caída en las primeras 24 horas en UCE y URME x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas	≥ 95% UCE ≥ 95% URME	Gerencia	10
	1.3.7 Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados (ICC)	ICC realizados al alta hospitalaria en UCE y URME de HPRA x 100 / Altas hospitalarias	≥ 90% UCE ≥ 90% URME		
Objetivo 4 Mejorar la seguridad del paciente					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
HPRA	1.4.1.2 Análisis Causa Raíz (ACR)	ACR de incidentes SAC1 finalizados x 100 / Total de Incidentes SAC1	100%	Gerencia	30
		ACR de incidentes SAC2 finalizados x 100 / Total de Incidentes SAC2	≥ 75%		
HPRA	1.4.1.3 Caídas notificadas en pacientes hospitalizados (UCE y URME)	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100 / Altas hospitalarias en el periodo de estudio	≤1% UCE ≤1% URME	Gerencia	20





LOZANO SEMITEL, M. JOSE 10/04/2023 08:58:03 POLICELÓPEZ, FRANCISCO JOSE

Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la ley 39/2015. Los firmantes y los fechados de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-704d8f1-d775-7203-98bb-005f559f6280

## ANEXO 3

LÍNEA DE ACTUACIÓN 3 ACCESIBILIDAD Y USO ADECUADO DE LOS RECURSOS				Ponderación: 150/1000	
Objetivo 1 Mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
IPRA	3.1.1 Demora para ingreso en URME	Pacientes ingresados en UMRE que no superan los 30 días de espera para el ingreso x 100 / Pacientes ingresados en URME	≥ 90%	Gerencia	50
IPRA	3.1.2 Demora para ingreso en Hospital de día	Pacientes valorados e ingresados en HD que no superan los 15 días de espera para la valoración x 100 / Pacientes valorados e ingresados en HD	≥90%	Gerencia	50
		Pacientes valorados e ingresados en HD que no superan los 180 días de espera para el ingreso x 100 / Pacientes valorados e ingresados en HD	≤65%	Gerencia	50



## ANEXO 4

LÍNEA DE ACTUACIÓN 4 USO APROPIADO DE LOS MEDICAMENTOS				Ponderación: 80/1000	
<b>Objetivo 1: Monitorización y mejora de uso racional de medicamentos</b>					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
URME	4.1.1 Pacientes con Paliperidona depot a dosis mayores a la recomendación máxima (5 mg/paciente/día)	Pacientes de URME con dosis mayores a la dosis máxima x 100/Total pacientes de URME tratados con paliperidona depot	< 13%	Servicio de gestión farmacéutica de la DGAS	40
<b>Objetivo 2 Despliegue de programas corporativos del Servicio Murciano de Salud</b>					
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual
URME	4.2.1 Receta electrónica actualizada en pacientes dados de alta en cualquier recurso	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	≥80%	Servicio de gestión farmacéutica de la DGAS	40





## ANEXO 5

LÍNEA DE ACTUACIÓN 5 COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES						Ponderación 100/1000
Objetivo 1 Mejorar la prevención en el ámbito laboral						Ponderación 5/100
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
HPRA Salud Mental Comunitaria	Comité de Seguridad y Salud del Área	Reunión trimestral del Comité de Seguridad y Salud del Área	4 reuniones al año	Gerencia	5	
Objetivo 2 Aumentar la cobertura de vacunación entre los profesionales sanitarios						Ponderación: 20/100
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.5.9.6 Cobertura de vacunación frente a la gripe en profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la gripe x 100 / Profesionales sanitarios del centro	≥ 60%	PIN	10	
HPRA Salud Mental Comunitaria	1.5 Cobertura de vacunación frente a la COVID 19 en profesionales sanitarios	Profesionales sanitarios del centro vacunados frente a la COVID 19 con la dosis estacional x 100 / Profesionales sanitarios del centro	≥ 50%	PIN	10	
Objetivo 3 Prevenir las agresiones a los profesionales						Ponderación: 15/100
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.8.1 Registro y comunicación del incidente	Número de agresiones validadas en los 15 días posteriores a la declaración x 100/ Número de agresiones declaradas por el personal	≥ 90%	Servicio de prevención de riesgo laborales	4	
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.8.2 Actuaciones preventivas implantadas	Actuaciones preventivas propuestas que han sido implantadas x 100/ Actuaciones preventivas propuestas en las agresiones declaradas	≥ 85%	Servicio de prevención de riesgo laborales	8	
HPRA Salud Mental Comunitaria	2.8.3 Formación continuada en prevención de agresiones	Personal del Área que ha participado en cursos o grupos terapéuticos de prevención de agresiones en el año x 100/Personal del Área	≥ 5%	Servicio de prevención de riesgo laborales	3	



<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN 5 COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES</b>						<b>Ponderación 100/1000</b>
<b>Objetivo 4 Formación y desarrollo profesional: Formación Sanitaria especializada</b>						<b>Ponderación:40/100</b>
<b>Nivel/Área de atención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Aporta la información</b>	<b>Peso porcentual</b>	
IPRA	5.1.4 Evaluación del Residente. Aplicativo RESEVAL	Número de evaluaciones anuales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2022 / Número total de residentes a evaluar	Para las evaluaciones anuales: 100%	Unidad de desarrollo profesional	20	
		Número de evaluaciones finales cumplimentadas en el aplicativo RESEVAL en 2022 / Número total de residentes que finalicen su periodo de formación	Para las evaluaciones finales: 100%		20	
<b>Objetivo 5 Formación y desarrollo profesional: Formación continuada</b>						<b>Ponderación: 20/100</b>
<b>Nivel/Área de atención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Meta</b>	<b>Aporta la información</b>	<b>Peso porcentual</b>	
IPRA	5.2.1 Profesionales diferentes que han recibido formación por grupos profesionales	Profesionales del denominador que han recibido formación x 100 / Profesionales fijos+ interinos+ eventuales estructurales + residentes al final de año anterior, para cada uno de los grupos profesionales	≥45 de los profesionales de los grupos A1, A2 y C1 >35 de los profesionales de los grupos C2 y E	Unidad de desarrollo profesional	15	
		Centros de Salud Mental que cuentan con al menos la mitad de sus profesionales sanitarios formados en Soporte Vital en los últimos 5 años (periodo 2018-2022 para la evaluación del año 2023 y periodo 2019-2023 para la evaluación de 2024) x 100 / Total de Centros de Salud Mental	≥27%		5	



## ANEXO 6

LÍNEA DE ACTUACIÓN 6 SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA						Ponderación 230/1000
Objetivo 1 Cumplimiento de los presupuestos asignados						
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
IPRA	6.1.1 Gasto en plantilla sustituciones y gasto en personal eventual	Presupuesto ejecutado x 100/ Presupuesto asignado	≤ 100% Presupuesto asignado	Subdirección General de Asuntos Económicos	150	
IPRA	6.1.2 Gasto en productos farmacéuticos	Presupuesto ejecutado en gasto en productos farmacéuticos x 100/ Presupuesto asignado en gasto en productos farmacéuticos	≤ 100% Presupuesto asignado	Subdirección General de Asuntos Económicos	60	
IPRA	6.1.3 Gasto en material sanitario	Presupuesto ejecutado en gasto de material sanitario x 100 / Presupuesto asignado en gasto de material sanitario	≤ 100% Presupuesto asignado	Subdirección General de Asuntos Económicos	20	
Objetivo complementario						
Nivel/Área de atención	Indicador	Fórmula	Meta	Aporta la información	Peso porcentual	
IPRA	6.2.1 Ahorro presupuestario	Sumatorio (presupuesto ejecutado en cada partida-presupuesto asignado en cada partida presupuestaria) x 100 /presupuesto asignado total del área	Inferior a lo presupuestado	Subdirección General de Asuntos Económicos		
Asignación de presupuesto 2023						Total
<b>Total 6.1.1 Gasto en Plantilla, Sustituciones y Personal Eventual</b>						<b>7.387.974,00</b>
<b>Total 6.1.2 Gasto en Productos Farmacéuticos</b>						<b>1.327.026,05</b>
<b>Total 6.1.3 Gasto en Material Sanitario</b>						<b>56.576,64</b>
<b>Total 6.1.9 Ahorro Presupuestario</b>						<b>9.006.183,34</b>



LOZANO SEMITEL, M. JOSE

10/04/2023 08:58:03

Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la ley 39/2015. Los firmantes y los fechados de firma se muestran en los recuadros.

Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-70cd8f1-d775-7203-98bb-005f5b9f6280

10/04/2023 09:57:54

POUCE LORENZO, FRANCISCO JOSE





LOZANO SEMITEL, M. JOSE 10/04/2023 08:56:03 POLICELONERO, FRANCISCO JOSE

Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la ley 39/2015. Los firmantes y los fechados de firma se muestran en los recuadros.

Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-704d8f1-d775-7203-98bb-005f5b9f6280

10/04/2023 09:57:54



Región de Murcia  
Consejería de Salud



ÁREA DE SALUD 1  
MURCIA-OESTE

**Arrixaca**



Acuerdo de  
Gestión  
2023-24

