

# PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA 2017

Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental  
Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo



## **PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA PARA LA ANUALIDAD 2017 DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

### **REUNIDOS**

D. José Antonio Visedo López, Gerente de Asistencia Sanitaria del Bierzo.

Y Dª Yolanda Zapico Merayo, Directora de la Unidad de Gestión Clínica Psiquiatría y Salud Mental del Hospital El Bierzo de Ponferrada.

### **EXPONEN**

Que el *Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León* establece que las unidades de Gestión Clínica son unidades orgánicas sin personalidad jurídica propia, dotadas de autonomía para la organización y la gestión pública de los recursos humanos, materiales, económicos que se les asignen, así como para la realización de la actividad propia de su ámbito y nivel asistencial.

Que la Orden *SAN/822/2016, de 26 de septiembre, por la que se crean Unidades de Gestión Clínica y se determina la composición de los Comités Clínicos de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Público de Salud de Castilla y León*, crea la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental con un nivel I de autonomía de gestión y organización.

Que tras la designación del Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, el/la Coordinador/a de enfermería, las personas responsables de las unidades funcionales que la integran, así



como de los miembros electivos de los Comités Clínicos, se ha constituido con fecha 25 de noviembre de 2016 dicho Comité Clínico, la Unidad de Gestión Clínica ha comenzado su funcionamiento según lo previsto en el artículo 3.1 de la mencionada Orden.

Que el presente Programa de Gestión Clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.1 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, constituye la expresión anual de los compromisos asumidos entre la Gerencia y el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica, para un ejercicio presupuestario completo, en orden a asegurar a la población el adecuado acceso a los servicios que prestan en un marco de gestión y coordinación eficiente de los recursos.

Que la actividad y los resultados de la Unidad de Gestión Clínica serán evaluados al finalizar cada ejercicio anual y al completar el periodo de funcionamiento de cuatro años, en los términos establecidos en el artículo 19 del mencionado Decreto.

Que con fecha 30 de diciembre de 2016 se ha dictado Resolución del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, autorizando la formalización del Programa Anual de Gestión Clínica, previo informe favorable de la Dirección General Asistencia Sanitaria y del Director Económico, Presupuestario y Financiero, de conformidad con lo previsto en el artículo 14.2 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

En virtud de lo anteriormente expuesto y de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 14 del Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, las partes reunidas



## ACUERDAN

Suscribir el Programa de Gestión Clínica para la anualidad 2017 de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital El Bierzo de Ponferrada.

Y para que conste la conformidad con todo lo expuesto, se firma el presente Programa Gestión Clínica, en Ponferrada, a 3 de enero de 2017,

Por la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo

José Antonio Visedo López



Por la Unidad de Gestión Clínica

Yolanda Zapico Merayo



**PROGRAMA DE GESTIÓN CLÍNICA DE LA  
UGC DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
AÑO 2017**

**CENTRO SANITARIO/GERENCIA:  
HOSPITAL EL BIERZO/GERENCIA DE  
ASISTENCIA SANITARIA EL BIERZO**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'WZ' followed by a stylized surname.

## ÍNDICE

- 1. CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGC**
- 2. RECURSOS HUMANOS**
- 3. RECURSOS MATERIALES Y TECNOLÓGICOS**
- 4. PRESUPUESTO Y OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS**
- 5. OBJETIVOS**
- 6. ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD, GESTIÓN POR PROCESOS.**
- 7. ANEXO. DISTRIBUCIÓN DE OBJETIVOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES**
- 8. ANEXO I. RELACIÓN DE PROFESIONALES ADHERIDOS A LA UGC**



## 1. CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGC

La UGC PySM El Bierzo desarrolla sus actividades a través de una cartera de servicios explícita y reconocible.

Esta cartera de servicios incluye actividades en el campo de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y educación sanitaria, rehabilitación y reinserción social, investigación y docencia, atención comunitaria y salud pública.

De forma específica la cartera está definida por los siguientes servicios:

### **1.1 Atención Ambulatoria.**

Son todas aquellas actividades que se prestan de forma ambulatoria, fundamentalmente en el Equipo de Salud Mental (ESM) y en coordinación con Atención Primaria y otras instituciones (Servicios Sociales, Servicios de Orientación y Otros proveedores de servicios sanitarios y no sanitarios), así como programas específicos de intervención de tipo ambulatorio llevados a cabo en el ESM.

Dado el tamaño poblacional del área, los pacientes con edad pediátrica y juvenil propios de un servicio infantojuvenil se atienden en un Equipo de Salud Mental específico (ESM IJ) para pacientes de edad hasta los 18 años, que dado su diseño y funcionamiento actual se han constituido como unidad funcional como entidad propia dentro del servicio (cauces de derivación y asignación a profesionales concretos con experiencia formación y actualización en el área de capacitación de salud mental infanto - juvenil, trabajo intensivo e interdisciplinar, diferenciación de horarios con el resto de población, diseño de planes específicos de tratamiento e implantación de una red comunitaria con coordinación con entidades de interés).

Igualmente, el servicio atiende dentro de sus programas clave a los pacientes con necesidad de abordaje psicológico ambulatorio intensivo en el programa de Hospital de Día, este programa se lleva a cabo en coordinación con el ESM y la intervención de varios de sus profesionales .

Los dispositivos específicos de atención ambulatoria son:

- ESM Adultos (ESM-A).

- ESM Infanto Juvenil (ESM-IJ)
- Programa de Hospital de Día Psiquiátrico (PHD)
- Centro de Rehabilitación Psicosocial (Dispositivo de apoyo no propio, concertado)

#### **La cartera de servicios específica del ESM-A**

- Gestión de la Demanda
- Atención Sanitaria
- Atención Ambulatoria General de Adultos
- Atención a Urgencias en horario de mañana.
- Intervención en crisis.
- Atención en la Comunidad.
- Programas Clave Específicos del centro.
- Actuaciones de Prevención y Promoción de la Salud, en colaboración con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.
- Actividades de coordinación protocolizadas con Atención Primaria, Servicios Sociales y otras instituciones.
- Docencia e Investigación.

#### **La cartera de servicios específica del ESM-IJ**

- Gestión de la Demanda
- Atención Sanitaria
- Atención Ambulatoria General Infanto-juvenil
- Atención a Urgencias en horario de mañana.
- Intervención en crisis.
- Atención en la Comunidad.

- Programas Clave Específicos del centro.
- Actuaciones de Prevención y Promoción de la Salud, en colaboración con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.
- Actividades de coordinación protocolizadas con Atención Primaria, Servicio de Pediatría Hospitalario, Equipos de Orientación de Educación, Servicios Sociales y otras instituciones.
- Docencia e Investigación.

### **CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESM**

- **Consulta de psiquiatría.**
- **Consulta de psicología clínica.**
- **Consulta de enfermería.**
- **Consulta de trabajador social.**
- **Consulta telefónica.**
- **Atención domiciliaria protocolizada.**
- **Urgencias psiquiátricas.**
- **Apoyo coordinación con Atención Primaria.**
- **Apoyo y coordinación con otras instituciones (salud, sociales, justicia, educación).**
- **Programas específicos.**
- **Coordinación con el resto de los dispositivos del servicio.**



### **La cartera de servicios específica del Programa de Hospital de Día:**

- Tratamiento psicológico intensivo y continuado, con consultas frecuentes y un abordaje integral (familiar, grupal...).
- Tratamiento individualizado atendiendo a la demanda y necesidades específicas de las personas derivados. Las familias son parte esencial del tratamiento y se favorecerá su inclusión como parte del tratamiento y atención.
- En el marco del programa se organizan grupos de tratamiento de pacientes y/o familias, atendiendo a la demanda y tipología de pacientes en seguimiento o a programas específicos: Programa de Intervención en Primeros Episodios, Programa de Adherencia a Tratamiento Antipsicótico.



## 1.2 Atención Hospitalaria

Se incluyen aquí todas las actividades prestadas en régimen de 24h de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

- Asistencia en régimen de hospitalización de 24 horas de corta estancia a pacientes con patologías graves que no pueden ser asistidos de forma ambulatoria, cumpliendo objetivos de estudio diagnóstico, tratamiento y contención.
- Actividad asistencial en el Hospital El Bierzo:
  - Interconsulta Hospitalaria
  - Atención al Servicio de Urgencias
  - Guardias médicas
- Actuaciones de Prevención y Promoción de la Salud, en colaboración con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.
- Actividades de coordinación protocolizadas con Atención Primaria, Servicios Sociales y otras instituciones.
- Docencia e Investigación.

### **CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**

- **Admisión e ingreso de pacientes que por su patología así lo requieran.**
- **Atención personal básica a pacientes ingresados (manutención, aseo).**
- **Consulta psiquiátrica a pacientes ingresados, con evaluación diagnóstica y tratamiento.**
- **Valoración de enfermería a pacientes ingresados.**
- **Valoración social de pacientes ingresados.**

- **Atención e información a familiares.**
- **Cumplimentación de documentos (historia clínica, informes de alta).**
- **Recogida de datos para elaboración de estadísticas asistenciales.**
- **Atención a las urgencias.**
- **Atención a las interconsultas de otros servicios hospitalarios.**
- **Actividades de coordinación con otros dispositivos del SAPHB.**
- **Actividades de coordinación con otros servicios o dispositivos hospitalarios.**
- **Actividades de coordinación con la Dirección del hospital.**

### **1.3 Técnicas específicas diagnósticas y terapéuticas de la asistencia psiquiátrica y de salud mental**

- Entrevista clínica. Técnicas de diagnóstico y orientación terapéutica.
- Técnicas especializadas de diagnóstico: exploraciones complementarias de laboratorio, interpretación de técnicas de neuroimagen, diagnóstico neuropsicológico.
- Consultas de evolución y seguimiento.
- Prescripción de tratamientos biológicos.
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales.
- Rehabilitación: terapia ocupacional, autocuidados, habilidades sociales, psicoeducación.
- Asistencia psiquiátrica ambulatoria. Intervención en crisis.
- Promoción de la salud física.
- Intervenciones preventivas.
- Intervenciones sobre las familias



## 2. RECURSOS HUMANOS.

La plantilla actual que integra la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital El Bierzo está compuesta por:

- Licenciados Especialistas (Psiquiatría)..... 9
- Licenciados Especialistas (Psicología Clínica)..... 5
- Enfermero/a/s especialistas..... 1
- Enfermero/a/s..... 10
- Trabajadora social..... 1

La relación nominal de profesionales adheridos a la UGC y su distribución por Unidades funcionales figura en el Anexo I.

### Tareas a desarrollar

#### **De forma específica:**

##### 2.1.1 Tareas del Psiquiatra en ESM-Adultos:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional en relación a: atención médica y psiquiátrica ambulatoria general de adultos, atención a urgencias en horario de mañana, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro, realización de guardias localizadas.

##### 2.1.2 Tareas del Psicólogo Clínico en ESM-Adultos:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional en relación a: atención psicológica ambulatoria general de adultos, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro.

##### 2.1.3 Tareas de Enfermería en ESM-Adultos:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional de enfermería comunitaria en relación a: atención ambulatoria general de adultos, atención a urgencias en horario de mañana, intervención



en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro.

#### 2.1.4 Tareas de Trabajo Social en ESM-Adultos:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional de trabajo social comunitario en relación a: Atención ambulatoria general de adultos, atención a urgencias en horario de mañana, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro.

#### 2.1.5 Tareas del Psiquiatra en ESM-Infanto-Juvenil:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional en relación a: atención ambulatoria general médica y psiquiátrica de menores de 18 años, atención a urgencias en horario de mañana, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro, realización de guardias localizadas.

#### 2.1.6 Tareas del Psicólogo Clínico en ESM-Infanto-Juvenil:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional en relación a: atención psicológica ambulatoria general de menores de 18 años, atención a urgencias en horario de mañana, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro.

#### 2.1.7 Tareas de Enfermería en ESM-Infanto-Juvenil:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional de enfermería comunitaria para atención a pacientes menores de 18 años, en relación a: atención enfermera ambulatoria, atención a urgencias en horario de mañana, intervención en crisis, atención en la comunidad, programas específicos del centro.

#### 2.1.8 Tareas del Psiquiatra en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional en relación a: atención médica y psiquiátrica a los pacientes ingresados en la unidad, atención a urgencias hospitalarias, atención a

interconsultas, programas específicos del centro, realización de guardias localizadas.

2.1.9 Tareas de Enfermería (incluidas aquellas enfermeras especialistas en SM) en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional de enfermería comunitaria en relación a: atención enfermera de pacientes ingresados en la unidad, programas específicos del centro.

2.1.10 Tareas de TCAEs en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica:

- Tareas Asistenciales: Las propias de su categoría profesional de Técnico Auxiliar de enfermería en relación a: atención de pacientes ingresados en la unidad, programas específicos del centro.

2.1.11 Tareas de Trabajo Social en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica:

- Tareas Asistenciales: las propias de su categoría profesional de trabajo social comunitario en relación a necesidades sociales de los pacientes ingresados en la unidad.

2.1.12 Tareas de profesionales de Programa de Hospital de Día

- Tareas Asistenciales: Las tareas de todos los profesionales de esta unidad funcional, serán las propias de cada categoría profesional para cumplir con la cartera de servicios que a este programa le corresponde.

2.1.13 Tareas de profesionales de Unidad de Calidad, Docencia e Investigación

- Las tareas de todos los profesionales de esta unidad funcional, serán las propias de cada categoría profesional para llevar a cabo los objetivos y líneas de trabajo de la UGC en calidad, docencia e investigación, además de las especificadas en la relación de tareas de calidad, docencia e investigación del resto de las unidades funcionales.

2.1.14 Las funciones de la Directora de Gestión Clínica y de la Coordinadora de Enfermería son las especificadas por ley en el Decreto que regula la



constitución y regulación de las UGCs en Castilla y León, Decreto 57/2014 de 4 de diciembre y la ORDEN SAN/822/2016.

### **De forma común a todas las categorías profesionales y a todas las unidades funcionales**

2.1.15 Tareas de Coordinación: reuniones de equipo, reuniones de coordinación con el resto de dispositivos de la red de SM, reuniones de coordinación con aquellos profesionales de instituciones o recursos fuera del ámbito de Salud Mental (AP, EMP, ECBs, CTSS, S. Sociales, EPAP, Fundaciones tutelares, etc.), contactos telefónico. Las propias de su categoría profesional de acuerdo con los objetivos de Coordinación de la UGC.

2.1.16 Tareas de Gestión: realización de informes, cumplimiento de registros, programación de objetivos, programación general.

2.1.17 Tareas de Calidad, Docencia e Investigación: Las propias de su categoría profesional de acuerdo con los Objetivos de Calidad, Docencia e Investigación de la UGC.

## **3. RECURSOS MATERIALES Y TECNOLÓGICOS**

### **3.1 Equipos de Salud Mental de Adultos**

Ubicado en el 2º piso del Centro de Salud Ponferrada IV (Cuatrovientos)

Despachos	15
Ordenadores	9
Impresoras	8
Fax	1



### **3.2 Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil**

Ubicado en el 1º piso del Centro de Salud Ponferrada IV (Cuatrovientos)

Despachos	3
Ordenadores	1
Impresoras	1

### **3.3 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica**

Ubicada en la 1ªC del Hospital El Bierzo

Camas	15
Despachos	3
Ordenadores	2
Impresoras	1

### **3.4 Programa Hospital de Día**

Ubicado en el 2º piso del Centro de Salud Ponferrada IV (Cuatrovientos)

Despachos	1
Ordenadores	1
Impresoras	1

### **3.5 Unidad de Calidad, Docencia e Investigación**

Ubicado en el 2º piso del Centro de Salud Ponferrada IV (Cuatrovientos)

Ordenadores	1
Proyector	1

La dotación de los despachos y de la Unidad de hospitalización Psiquiátrica está inventariada por el servicio de suministros del Hospital El Bierzo y por el servicio de suministros de Atención Primaria.

WP

## 4. PRESUPUESTO ASIGNADO A LA UGC Y OBJETIVOS PRESUPUESTARIOS

CAPÍTULO	PRESUPUESTO 2017
CAPÍTULO 1	1.951.753,84
CAPÍTULO 2	85.005
CAPÍTULO 4	
TOTAL GASTOS DIRECTOS	2.036.758,84
TOTAL GASTOS INDIRECTOS	279.614,67
TOTAL	2.316.373,51

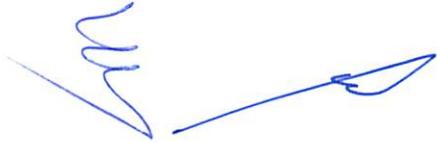
Los objetivos presupuestarios para 2017 se concretan en el cumplimiento del presupuesto global asignado.



## 5. OBJETIVOS ASISTENCIALES, DE CALIDAD, COORDINACION, ESPECIFICOS DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DEL PACIENTE CRONICO, INSTITUCIONALES DE LA GRS, FORMACION, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y AUTOEVALUACION.

Objetivos 2017	Tipo de Objetivo	DIMENSIÓN	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de los Datos/Sistema de información
COMUNES	Institucional de la GRS: Asistencial y de calidad	EFECTIVIDAD	Índice de Mortalidad Intrahospitalaria Ajustada por Riesgo (Indicador llave)	Nº pacientes fallecidos durante la estancia hospitalaria/Nº esperable fallecimientos por características de atendidos	<1	CMBD-GRDs Refinados
		EFECTIVIDAD	Índice de Reingresos ajustado por riesgo (Indicador llave)	Nº Reingresos (I Urg de pacientes por alta previa del mismo hospital en los 30 días siguientes al alta del episodio anterior)/Nº reingresos esperados por la casuística de pacientes atendidos	<1	CMBD-GRDs Refinados
		SEGURIDAD	Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Nº notificaciones por periodo	1. Se realizan entre 10-30 notificaciones al año, analizan > 90% de los incidentes recibidos, proponiendo mejoras y se implantan al menos 35% de estas mejoras. 2. Se realizan >30 notificaciones al año, se analizan > 90% de los incidentes con daño potencial elevado recibidos (moderado, grave o muerte) proponiendo mejoras y se implantan, al menos, 35% de estas.	SISNOT
		ADECUACIÓN USO DE RECURSOS COMPARTIDOS	Peso Medio	Media de los pesos relativos de los episodios atendidos en 2017	Sin desviaciones importantes no justificadas, respecto al peso de la unidad del año 2016 y del peso de los servicios del Hospital del mismo nivel	CMBD-GRDs
			IEMA.	Estancias medias observadas/estancia media estándar por GRD	<1	CMBD-GRDs
		Orientación al Usuario	Mantener bajo % Citas Reprogramadas en 1ª consulta % Pacientes Hospitalizados con Informe de Alta Médico y de Continuidad de Cuidados disponibles el DÍA de ALTA (para Paciente y AP) (Indicador llave)	Nº de citas de reprogramas en primeras consultas * 100/ número total de primeras consultas Nº de Pacientes con informe de alta-continuidad disponibles el día de alta/nº altas	≤7 100%	BBDD CEXT Medora, Gacela

Objetivos 2017	Tipo de Objetivo	DIMENSIÓN	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de los Datos/Sistema de información
COMUNES	Institucional de la GRS: Asistencial y de calidad. Líneas estratégicas 2015-2019 y IV Plan de Salud	Satisfacción del Paciente	Satisfacción global con la atención recibida	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Fidelidad: Volvería o recomendaría a un amigo o familiar si pudiera elegir	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Satisfacción con el trato percibido (trato, amabilidad, intimidad)	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Satisfacción con las competencias de los profesionales	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Satisfacción con la información recibida sobre su problema de salud	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Satisfacción con la continuidad asistencial (reciben información acerca del tratamiento)	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
			Satisfacción con el tiempo de espera para entrar en al consulta	% pacientes que realizan valoración positiva/total pacientes encuestados	≥80. A monitorizar en 2018 y 2020	GRS-Servicio Calidad Sanitaria
		Clima Laboral	Satisfacción Global	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con las condiciones de trabajo	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con la formación y oportunidades de desarrollo profesional	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con la posibilidad de participar en la mejora de la unidad	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con la comunicación	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con la relación Mando-Colaborador	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet
			Satisfacción con el reconocimiento de la Unidad	% Profesionales que realizan valoración positiva/total profesionales	Fuera de evaluación. A monitorizar en 2018 y 2020	Cuestionario alojado en la Intranet



Objetivos 2017	Tipo de Objetivo	DIMENSIÓN	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de los Datos/Sistema de información
ESPECÍFICOS	Objetivos UGC Asistenciales y de Calidad	EFFECTIVIDAD	Evaluación funcional de los pacientes ingresados con TMG	Nº de pacientes con GRD 430 (psicosis) que al alta tiene valoración funcional con escala PSP*100/ Nº de pacientes ingresados con GRD 430	90%	CMBD-GRDs
		EFFECTIVIDAD	Tasa de Ingresos Programados	Número de ingresos programados según protocolo en UHP*100/Nºtotal de ingresos en el periodo	40%	BBDD HOSP
		ACCESIBILIDAD	Espera Máxima de Lista de Espera Consultas Preferentes (1ª Consulta)	Nº de Consultas preferentes atendidas en < 15 días/Consultas preferentes totales	≥ 75%	BBDD CEXT
			Espera Máxima de Lista de Espera Consultas Externas (1ª Consulta)	Días máximos de espera para 1ª consulta ordinaria en Consultas Externas	≤ 40 días	BBDD CEXT
			Relación Sucesivas/primeras en Consultas Externas-ESM	Nº Consultas sucesivas una primera consulta en ESM/ Nº pacientes atendidos en 1ª Consulta en el ESM	< Media Grupo 2 SACYL	BBDD CEXT
	Objetivos UGC	COORDINACIÓN	Coordinación docente con Atención Primaria	Número de centros de atención primaria con reuniones trimestrales de coordinación docente/Número total de centros de atención primaria del área de salud	≥80%	Sistema de acreditación FOSA
	OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS - IV PLAN DE SALUD	ASISTENCIAL	Implantación del Proceso de Atención al Trastorno Crónico Complejo (gestión de casos) en el área.	Se ha implantado el Proceso de Atención al Trastorno Crónico Complejo (gestión de casos) en el área.	Sí	Evaluación del proceso del servicio regional de asistencia psiquiátrica y coordinación sociosanitaria de la GRS
	OBJETIVOS UGC	FORMACIÓN Y DOCENCIA	Actividades docentes y formativas específicas para la UGC	Número de actividades docentes y formativas específicas para la UGC recogidas en encuestas de necesidades formativas y registradas en la memoria anual	≥20	Memoria anual/Acreditación FOSA
			Acreditación docencia MIR - Plan de docencia	Desarrollo de un plan de docencia para la formación MIR supervisado por la Comisión de Docencia del Hospital	Sí	Memoria anual/Comisión de Docencia del Hospital.
		INVESTIGACIÓN	Factor de Impacto	Factor de impacto total de las publicaciones realizadas por miembros de la UGC (incluye las presentadas con organizaciones con las que se hace alianza)	≥2	Documental: Memoria anual de la Unidad de Calidad, Docencia e Investigación/ Web of Science/Scopus
		Investigación con Financiación Externa	Número de Proyectos de Investigación Financiados en el año	≥1	Documental: Memoria anual de la Unidad de Calidad, Docencia e Investigación/ Certificado entidad	
		Memoria anual de Investigación	Se realiza memoria anual de investigación incluyendo toda la producción científica de la UGC	Sí	Documental: Memoria anual de la Unidad de Calidad, Docencia e Investigación	

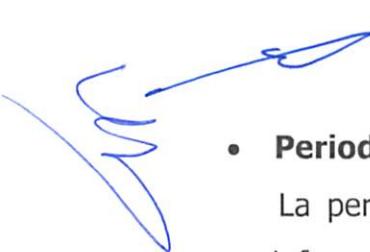
Objetivos 2017	Tipo de Objetivo	DIMENSIÓN	Indicador	Fórmula	Estándar	Fuente de los Datos/Sistema de información
ESPECÍFICOS	OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS: DIRECCIÓN TÉCNICA DE FARMACIA	EFICIENCIA	Prescripción de 2 o más antipsicóticos	% Pacientes con 2 o más antipsicóticos en GSA	≤ 13%	Concylia
			Eficiencia en la prescripción de antidepresivos en GSA	Contención del % de Variación 2017 vs 2016 en importe recetas antidepresivos en GSA	Encontrarse dentro de las 5 primeras GSAs de la GRS	Concylia
			Eficiencia en la prescripción de antipsicóticos en GSA	Contención del % de Variación 2017 vs 2016 en importe recetas antidepresivos en GSA	Encontrarse dentro de las 5 primeras GSAs de la GRS	Concylia
			Eficiencia en la prescripción de antidepresivos en GSA	% Antidepresivos eficientes GSA	≥ 42%	Concylia
			Eficiencia en la prescripción de antipsicóticos en GSA	% Antipsicóticos Orales no eficientes GSA	≤ 14%	Concylia
	OBJETIVOS UGC	IMPLANTACION DE UN PLAN TERAPEUTICO DE ADHERENCIA EN TMG	Gestión de la prescripción y administración de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada dentro de un plan terapéutico de adherencia en pacientes con TMG en programa de Hospital de Día (hospitalario)	Contención del % de variación 2017/2016 en el gasto total de la UGC en Antipsicóticos de Liberación Prolongada por mejoría en la adherencia	≥ 5%	Concylia + Farmacia Hospitalaria
	OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS - IV PLAN DE SALUD	ASISTENCIAL	Implantación del Proceso de Atención a la Conducta Suicida en el Área	Se ha implantado el Proceso de Atención a la Conducta Suicida en el área.	Sí	Evaluación del proceso del servicio regional de asistencia psiquiátrica y coordinación sociosanitaria de la GRS

- **Cuadro de mando**

El cuadro de mando será el establecido de forma habitual por control de gestión con todos los indicadores y dará información mensual.

- **Sistemas de información con los que cuenta para su seguimiento y evaluación**

El sistema de información más importante estará centralizado en la Unidad de Gestión, quien en la actualidad recoge la información de los distintos servicios del centro.



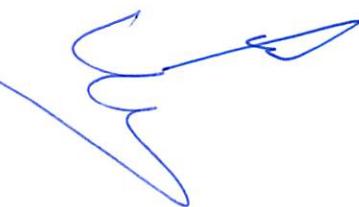
- **Periodicidad de análisis y difusión de objetivos y resultados en la unidad**

La periodicidad del análisis debe ser mensual, pero siempre estará sujeta a la periodicidad con la que los sistemas de información nos proporcionen los datos. Se incluirá en el análisis todos los indicadores del cuadro de mando y de gasto de la Unidad. Estos se irán analizando en el comité clínico y las medidas a tomar se comunicarán a toda la unidad de forma trimestral si existiera variación significativa.

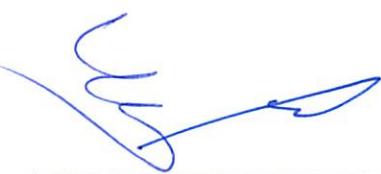
Dicha información estará centralizada por la Unidad de Gestión del centro.

## 6. ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD, GESTIÓN POR PROCESOS.

TIPO DE OBJETIVO		ESTÁNDAR	GARANTIZA	NIVEL	SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA
OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS	DERECHOS DE LOS PACIENTES	<p>1. Se define la relación de intervenciones y/o procedimientos que requieren <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> y utiliza los modelos establecidos</p> <p>2. Garantiza la <b>INTIMIDAD</b> de los pacientes</p> <p>3. Garantiza que se pueda consultar las <b>INSTRUCCIONES PREVIAS DEL PACIENTE</b></p> <p>4. Dispone de un procedimiento para la <b>SUSTITUCIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES</b> en condiciones de incapacidad o si el paciente no es capaz de comprender la el alcance de la intervención</p> <p>5. Gestión de <b>QUEJAS, RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS</b>: Análisis en introducción de mejoras para evitar la repetición y gestión conforme a la legislación.</p> <p>6. Gestión que la <b>INFORMACIÓN</b> a pacientes y familiares se realice de forma adecuada</p> <p>7. Identifica a los <b>PROFESIONALES RESPONSABLES DEL PACIENTE</b></p> <p>8. Asegura la <b>Confidencialidad y Seguridad</b> en el acceso a <b>DOCUMENTACIÓN CLÍNICA</b></p>	Cumplimiento	En todos los niveles	Checklist de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS



TIPO DE OBJETIVO		ESTÁNDAR	GARANTIZA	NIVEL	SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA
OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>1. Identificación inequívoca de Pacientes</p> <p>2. Valoración y prevención de Riesgos (caídas, úlceras por presión, dolor, estado nutricional...)</p> <p>3. Procedimientos de Priorización de la Atención</p> <p>4. Gestión del Carro de paradas y desfibrilador</p> <p>5. Gestión de medicación y productos sanitarios</p> <p>6. Higiene de manos. Se alcanzan altos niveles de adherencia</p> <p>7. Protocolo para la atención de pacientes con Contención Mecánica.</p>	Cumplimiento	En todos los niveles	Checklist de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS



TIPO DE OBJETIVO		ESTÁNDAR	GARANTIZA	NIVEL	SISTEMA DE AUTOEVALUACIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNA
OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE LA GRS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	8. Procedimiento para asegurar el <b>traslado seguro</b> de pacientes urgentes y críticos.	Cumplimiento	En Todos los niveles	Checklist de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		9. <b>Plan de Acogida</b> para nuevos profesionales con advertencias de los principales riesgos de la unidad y recomendaciones para prevenirlas.				
		10. <b>Conciliación de la medicación</b> al ingreso y al alta				
		11. <b>Comunicación en la unidad</b> (5' comunicación médico-enfermera responsable del paciente, comunicación en cambios de turno, pases de guardia...)				
		12. <b>Gestión de incidentes</b> (notifica incidentes, los analiza, propone mejoras que evita su repetición)				
		13. Define <b>eventos centinela</b> y analiza <b>sus causas</b> cuando se producen				
		14. <b>Sistema de asunción progresiva de responsabilidades para NUEVOS profesionales</b>				
		15. Define el <b>Mapa de Riesgos de la Unidad</b> y propone prácticas seguras que den respuestas a esos riesgos				
	GESTION DE PROCESOS	1. Se ha definido el Mapa de Procesos de la UGC	Cumplimiento	En todos los niveles	Checklist de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS
		2. Se han definido e implantado los principales procesos organizativos de la unidad y se revisan y mejoran periódicamente.	Cumplimiento	Nivel II y III	Checklist de autoevaluación de estándares de calidad y seguridad de la GRS	Evaluación externa de acuerdo a manual de estándares de calidad y seguridad de la GRS

## **ANEXO: ASIGNACIÓN DE OBJETIVOS POR CATEGORÍAS PROFESIONALES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Psiquiatras: Participación en el 100% de los objetivos, evaluados con los criterios definidos en los apartados 5 y 6 del Programa de GC.

Psicólogos Clínicos: Participación en todos los objetivos del programa con la excepción de aquellos relacionados con farmacia y hospitalización, evaluados con los criterios definidos en los apartados 5 y 6 del Programa de GC.

Enfermería: Participación en todos los objetivos del programa con la excepción de aquellos relacionados con farmacia, evaluados con los criterios definidos en los apartados 5 y 6 de Programa de GC.

TCAEs: Participación en todos los objetivos del programa con la excepción de aquellos relacionados con farmacia, evaluados con los criterios definidos en los apartados 5 y 6 del Programa de GC.

Trabajo social: Participación en todos los objetivos del programa con la excepción de aquellos relacionados con farmacia, evaluados con los criterios definidos en los apartados 5 y 6 del Programa de GC.