

MEMORIA

**UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE
PSIQUIATRÍA DE ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN**

2007

INDICE

PRESENTACIÓN..... 3

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA MEMORIA 5

CRITERIO 1. LIDERAZGO 6

CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA 14

CRITERIO 3. PERSONAS..... 19

CRITERIO 4. RECURSOS Y ALIANZAS 26

CRITERIO 5. PROCESOS..... 32

CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES 41

CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS 46

CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD 51

CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE 56

PRESENTACIÓN

La Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.) fue inaugurada en noviembre de 2000, siendo en el momento de su inauguración el único recurso existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescente en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

La Unidad ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que integran la Unidad. La introducción del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde la inauguración de la Unidad.

Esta Unidad forma parte del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, hospital perteneciente a la Comunidad de Madrid que presta servicios a la población de referencia del Área sanitaria 1. Sin embargo, la Unidad es un recurso supraárea, por lo que cubre la hospitalización de adolescentes de las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, con un total de 4.070.643 habitantes (según la proyección realizada con datos del último censo proporcionados por el Instituto de Estadística de la CAM). De esta población se estima que unos 250.000 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 inclusive, y son por lo tanto la población de referencia de la Unidad de Psiquiatría Adolescente.

En la actualidad el Departamento de Psiquiatría está compuesto por varios servicios. Para la atención psiquiátrica de adultos existen 3 Servicios. El Servicio de Psiquiatría I tiene 25 camas de hospitalización breve y consultas externas, el Servicio de Psiquiatría II 38 camas de hospitalización breve de, consultas externas y Hospital de Día. El Servicio de Unidades de Referencia alberga una miscelánea de Unidades y 12 camas de hospitalización breve. Componen también el Departamento una Sección de Psicología, la Interconsulta y finalmente la Sección de Psiquiatría Adolescente, 20 camas de hospitalización breve y consultas externas.

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente (UADO) presta servicios a jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo

terapéutico menos restrictivo. Como unidad de hospitalización breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es abordar el "problema central" que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente en coordinación con recursos extrahospitalarios para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización adolescente es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una habitación de seguridad.

Aunque la actividad principal de la Unidad es la hospitalización breve de adolescentes, presta también los servicios de consultas ambulatorias en las que se cuenta con un programa específico para primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia.

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, compuesto por 47 profesionales: 5 psiquiatras (uno de ellos además de las funciones asistenciales desempeña la de Jefe de Sección), una supervisora de enfermería compartida con otras unidades, 20 trabajadores de enfermería entre auxiliares de enfermería y DUEs, 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social, 2 terapeutas ocupacionales (una a tiempo completo y otra compartida con otra unidad), dos profesoras de Educación Secundaria, una de Ámbito Científico y otra de Ámbito Lingüístico y 2 administrativas a tiempo parcial. En estos últimos años se ha conseguido financiación externa al hospital que ha permitido la contratación a través de la Fundación de Investigación del Hospital de 14 investigadores a tiempo completo. Hay dos psiquiatras, tres neuropsicólogas y una psicóloga clínica PIR y dos enfermeras contratadas para investigación, así como seis becarios dedicados exclusivamente a investigación. La Unidad se beneficia de la utilización de otros recursos humanos y materiales de los que dispone el hospital.

Como Unidad integrada en un hospital universitario, se desarrolla en la misma una gran actividad docente que abarca distintas disciplinas. Se imparten clases y prácticas a estudiantes de medicina, enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional y psicología, además de tener residentes en psiquiatría, psicología y salud mental de enfermería. Además se organiza un curso de doctorado dentro del Programa de Neurociencia de la Universidad Complutense de Madrid. Los distintos trabajadores de la Unidad realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos

a nivel nacional e internacional. Desde enero de 2006 el Jefe de Sección de la Unidad coordina la única Red Nacional de Investigación en Psiquiatría financiada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) estableció la promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios como uno de los principios rectores dirigido a asegurar la protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Apostó por la adopción de medidas para la promoción de calidad de los servicios sanitarios por los proveedores de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales. En julio de 2002 se publicó el Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, donde se concretaron estos objetivos expuestos en la LOSCAM y se tomó el modelo EFQM como sistema de gestión y mejora de calidad para las organizaciones sanitarias. Recientemente se ha publicado un nuevo plan de calidad de la Comunidad de Madrid en el que se incide en el uso del modelo EFQM como herramienta de autoevaluación.

Este marco normativo fue el impulso necesario para que los profesionales de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes decidiésemos, en el año 2003, adoptar el modelo EFQM como sistema de gestión que ordenase y guiase las actividades de mejora de calidad que ya se estaban llevando a cabo en la unidad, adoptando así una metodología de evaluación y mejora continua. De esta forma, la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes se convirtió en la primera unidad del hospital en llevar a la práctica este objetivo. Siguiendo el plan de trabajo definido, dos años después, en 2005, se llevó a cabo una segunda autoevaluación. Ahora, en el año 2007, cuatro años después del comienzo del proyecto, y siguiendo los objetivos que entonces se marcaron, se realiza una tercera autoevaluación para valorar la mejora alcanzada e identificar nuevas áreas de mejora. Esta tercera autoevaluación utiliza como base la información contenida en esta memoria.

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón también utiliza el Modelo EFQM como sistema de autoevaluación. A partir de estas autoevaluaciones, se definen las líneas estratégicas del hospital. La próxima puesta en funcionamiento de dos nuevos hospitales en nuestro Área de Salud ha hecho necesario revisar el planteamiento estratégico del Hospital. Teniendo en cuenta que los Servicios Clínicos son las unidades fundamentales de organización en torno a las que gira el hospital, es imprescindible que se involucren hasta el

máximo grado posible en la elaboración y cumplimiento de su propio Plan Estratégico.

En el último plan estratégico realizado en el año 2005 por el hospital se definieron como tres grandes líneas las siguientes: conseguir una asistencia progresiva disminuyendo las listas de espera y mejorando la coordinación con el área, aumentar la competitividad mejorando la calidad y atraer talento y potenciar la investigación del hospital.

La nueva evaluación de funcionamiento y la determinación de áreas de mejora que en este momento se lleva a cabo, tendrá como referencia el contexto marcado por el Plan Estratégico del Hospital.

El compromiso con la Mejora Continua de la Calidad ha sido constante entre los profesionales de la Unidad, reflejándose en la utilización de criterios de calidad estandarizados como elemento estratégico básico, para promover una atención óptima a la población, lo cual significa, en último extremo, nuestra apuesta por conseguir una “excelencia” y la equidad en los servicios ofrecidos a nuestros pacientes.

**PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y
EVALUACIÓN DE LA MEMORIA**

DIRECTOR DEL PROYECTO

Arango López, Celso

COORDINADORA DEL PROYECTO

Vallejo Gutiérrez, Paula

MIEMBROS DEL EQUIPO EVALUADOR

Ayuso Soler, Josefa
Domínguez Bidagor, María
Ferreiro Rodriguez, Clara
Méndez Mena, Lourdes
Moreno Ruiz, Carmen
Ontoria Martínez, Lourdes
Romo Villa, José

UNIDAD DE CALIDAD

Rodríguez Pérez, Paz

EXPERTA EFQM

Seriñá Ramírez, Carlota

APORTACIÓN DE INFORMACIÓN, CRÍTICAS Y SUGERENCIAS:

Asenjo Vegue, Montserrat
Bascuñana Andrés, M^a José
Corral Zarapuz, Azucena
Chica Carrero, M^a Santos
Espada Mozas, Dolores
García Martín, Nuria
Gascón Serrano, Mercedes
Ceron Gil, Begoña
Fernandez Delgado, Natalia
González Bedoya, Carmen
González Gómez, Antonia
González Velasco, Margarita
Irizar Goicoechea, Maite
Martínez García, Marta
Moreno Pardillo, Dolores M^a
Navidad Medina, Dolores
Ortiz Moka, Monserrat
Parellada Redondo, M^a José
Peco Yague, Rosario
Peñalver García, María
Rodríguez García, Enrique
Romillo Iriarte, Matilde
Ruiz Díaz, María José
Santa María Santos, Blanca
Seco Sanz, Isabel

**CRITERIO 1.
LIDERAZGO**

1.A. DESARROLLO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES POR PARTE DE LOS LÍDERES, QUE ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DENTRO DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

La Unidad de Psiquiatría Adolescente forma parte del Departamento de Psiquiatría del H.G.U.G.M. Los trabajadores de la Unidad, por lo tanto, forman parte de una compleja organización funcional y por procesos, en la que reciben directrices tanto del responsable de su disciplina en el hospital como de los líderes de la Unidad. Como el alcance de esta memoria está limitado a la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, nos centraremos en las funciones de liderazgo y coordinación llevadas a cabo dentro de la Unidad.

Entendemos como líder a una persona que sirve de guía para un grupo de personas, movilizándolas y motivándolas para la consecución de los objetivos establecidos. Teniendo en cuenta esta definición, la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes tendría como líderes principales al Jefe de Sección y a la Supervisora de enfermería, ya que cada uno de ellos tiene a un grupo de personas a su cargo cuya actividad coordinan. Además, diversos profesionales ocupan permanente o temporalmente la posición de líderes al actuar como coordinadores de grupos de trabajo motivando y dirigiendo a los participantes o siendo identificados como responsables de algún proceso. Al favorecer un sistema de trabajo en el que se potencia la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores y la gestión descentralizada, la función de liderazgo es asumida por muchas personas en momentos y tareas diversas. Así, por ejemplo, una de las psiquiatras de la Unidad es responsable de la coordinación del programa de rotación de residentes, actuando de líder en esta área.

A pesar de esta gestión descentralizada y de la toma de las funciones de liderazgo por distintos profesionales de la Unidad, entendemos que el desarrollo y puesta en práctica de la misión, visión y valores de la Unidad debe ser responsabilidad directa del Jefe de Sección y de la Supervisora de enfermería, que estarán también encargados de comunicársela al resto de los trabajadores y de evaluar la efectividad de su implantación.

La Unidad de Psiquiatría Adolescente ha tomado la misión, visión y valores del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, adaptándolos a las características de la Unidad y de la población

tratada. De esta forma, la misión, visión y valores de la Unidad de Psiquiatría adolescente son:

Misión: Dar respuesta eficaz y eficiente a los problemas de salud mental de los adolescentes que precisan un ingreso hospitalario. Esta asistencia se realizará mediante la prestación de servicios integrados de atención sanitaria, docencia e investigación, promoviendo el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.

Visión: Ser una unidad con un elevado nivel asistencial que presta una asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los adolescentes, familias, servicios de salud mental infanto-juveniles y otros usuarios, a través de la implicación de todos los trabajadores de la unidad.

Valores:

- Servicio al cliente
- Mejora continua de procesos
- Recursos humanos como principal activo de la unidad
- Calidad integral como respuesta a las expectativas del cliente
- Potenciación de la Investigación y Docencia
- Gestión participativa

A partir de aquí, la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UADO) se define como un recurso terapéutico hospitalario para adolescentes entre 12 y 17 años, en régimen de cuidados de 24 horas sobre 24 horas, con una estancia media inferior a un mes y que se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización. Su finalidad no es abordar toda la psicopatología sino el problema central que ha precipitado la crisis y después derivar al paciente a la Red de Salud Mental para el seguimiento en dispositivos de régimen ambulatorio. La unidad de hospitalización se articula pues dentro de la Red de Salud Mental como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente adolescente con problemas de salud mental. Su función es ofrecer un cuidado integral médico, psicológico, de enfermería, educativo y social a los menores que precisen ser hospitalizados en el contexto de una estrecha colaboración entre los Departamentos de Psiquiatría, Pediatría y otras Especialidades Médicas.

Los objetivos de la Unidad, quedan definidos como:

- Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de menores de 12 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- Reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.

- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.
- Realización de actividades de formación continua, docencia e investigación.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.

El responsable de la Unidad y la Supervisora de enfermería tienen que pactar anualmente los objetivos establecidos en los programas de gestión del HGUGM, y poner en práctica las medidas encaminadas a lograrlos. Para cada uno de estos objetivos se establecen también los indicadores que evaluarán su grado de consecución. El cumplimiento o no de estos objetivos establecidos (reflejados en el criterio 9: resultados globales) sirven a la vez como método de revisión de la actuación.

Ante la necesidad de un espacio de organización, comunicación y transmisión de directrices de gestión a todos los trabajadores de la Unidad, y para crear un espacio de discusión, el Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería establecieron las reuniones trimestrales de gestión, a las que acuden todos los profesionales de los tres turnos horarios. Los temas debatidos en estas reuniones sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión de la Unidad. El cuadro 1.A.1. muestra otros métodos con los que cuentan los responsables de la Unidad para evaluar su actuación.

Cuadro 1.A.1
MODOS DE REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA UNIDAD
Resultados de objetivos anuales del programa de gestión. Resultados clave (criterio 9).
Reuniones con Jefe de Departamento y Jefes Servicio y Sección del Departamento quincenales.
Reuniones con la Dirección del hospital y Jefa de enfermería del departamento.
Firma anual de pacto de objetivos con el Director Asistencial del Hospital.
Reuniones trimestrales con profesionales de la Unidad.
Reuniones con equipo de Salud Mental infanto-juvenil del

Área, y con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Encuestas de satisfacción de usuarios.
Sugerencias y reclamaciones de usuarios
Encuestas de satisfacción de profesionales.
Encuestas de satisfacción de servicios que derivan pacientes
Autoevaluación EFQM

Se revisan y comunican la Misión, la Visión y los Valores a todos los profesionales de la Unidad. Para su elaboración fueron discutidas por un grupo de profesionales de la Unidad y están situados en los distintos espacios visibles por personal y usuarios.

Los líderes favorecen la creación y funcionamiento de grupos de trabajo multidisciplinares de trabajadores de la Unidad que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del hospital (Comisión de investigación, Comisión de biblioteca, Comisión de Farmacia, Tutor de residentes, Consejo Rector de investigación, Comisión de protocolos, Patronato de la Fundación de Investigación del Hospital, Grupo de trabajo de la Intranet del HGUGM, así como órganos de asesoramiento a la Dirección como Juntas Técnico Asistenciales) y de la Unidad (grupos para la mejora para distintos fines, ver criterio 3).

Los líderes aportan los medios necesarios (organizativos, materiales, formativos) para llevar a efecto las acciones de mejora que se proponen.

Todo el personal implicado en la gestión de la organización y en la atención clínica y de apoyo participa en el programa de mejora continua de la calidad.

1.B. IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS LÍDERES PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Desde el momento de su creación los profesionales de la UADO consideramos la mejora de la calidad un aspecto básico de la gestión. El Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería han sido los responsables de la puesta en práctica de este compromiso, actuando como modelo y participando o promoviendo la realización de iniciativas de mejora de calidad.

Los responsables de la Unidad promueven la creación de grupos de evaluación o grupos de mejora que estudien temas de calidad asistencial, y siempre que es posible participan activamente en estos grupos. Por

ejemplo, algunos de los protocolos que se han revisado este último año 2007 son el de tipificación de faltas y sanciones o las pautas para el manejo de los pacientes custodiados o la hoja de información a familiares sobre el ingreso o sobre tratamientos como el litio o anticomiales. Se ha realizado también una hoja de registro de petición de pruebas de laboratorio para pacientes con antipsicóticos y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en la que han participado profesionales del Servicio de Nutrición. Para favorecer que los profesionales participen también de la organización de la Unidad, todos estos grupos han estado formados por personal voluntario, que participa por propia iniciativa en el sistema de gestión de la Unidad. Hasta ahora nunca han faltado voluntarios para hacer estos trabajos, lo que consideramos una muestra de la implicación del personal.

Considerando el conocimiento y la formación en habilidades de gestión como requisito para una buena dirección, el Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería reflejan su compromiso personal asistiendo a programas de formación en habilidades de gestión y de mejora de la calidad. El Jefe de Sección ha acudido ya a varios cursos: un curso de gestión por procesos según el modelo europeo de excelencia EFQM en el año 2000, un curso de Gestión de Recursos Humanos en el año 2003, un curso sobre el Modelo EFQM impartido por la Comunidad de Madrid en el año 2004, un máster en gestión clínica en salud mental por la Universidad de Deusto en el año 2005 y un nuevo curso de procesos en el 2007. Al mismo tiempo, la Supervisora de enfermería ha recibido formación en dirección por objetivos, EFQM, gestión del tiempo, asertividad y trabajo en equipo y comunicación y gestión por procesos.

Además, los responsables de la Unidad, entendiendo que la mejora de la calidad debe ser algo en lo que estén implicados todos los profesionales del centro, promueven activamente la formación en calidad de los trabajadores. Se proporciona información sobre los cursos de calidad ofrecidos por la Comunidad de Madrid y se anima a los trabajadores a asistir. Resultado de esta promoción de la formación en calidad, hasta la fecha 15 profesionales han asistido ya al curso de formación básico de la Comunidad de Madrid y 4 han realizado el de nivel superior, lo que supone que un 40% de la plantilla está ya formada en este modelo de excelencia.

En el año 2003, tras dos años de funcionamiento de la Unidad, partiendo de la base de las iniciativas de mejora de calidad llevadas a cabo, los criterios establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Comunidad de Madrid y en el Plan de Calidad del Hospital, el Jefe de Sección de la Unidad se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación de calidad a partir del Modelo EFQM.

La implicación del liderazgo en el proyecto es total, siendo el Jefe de Sección de la Unidad el impulsor y director de todo el proyecto. Ante la necesidad de apoyo conceptual y metodológico en materias de evaluación y mejora de la calidad, el responsable buscó la ayuda de un experto en calidad externo a la Unidad y el apoyo de la Unidad de Calidad del Hospital, sin por ello dejar de participar activamente en el proceso: durante la autoevaluación formando parte del equipo evaluador y posteriormente siendo miembro de 2 de los grupos de mejora derivados de la autoevaluación: el de mejora de los procesos y el de coordinación externa.

Al establecer el modelo EFQM como método de gestión de calidad, la Unidad se convirtió en pionera dentro del hospital en la utilización de esta metodología y en una de las primeras experiencias a nivel nacional de aplicación del Modelo en Salud Mental a nivel de una unidad de hospitalización.

El compromiso de los líderes con la mejora de calidad, además, se demuestra mediante la transmisión que realizan de la experiencia llevada a cabo en la Unidad en congresos y publicaciones científicas. Por ejemplo, en el I Congreso Internacional de Resultados en Psiquiatría el Jefe de Sección presentó una ponencia sobre el programa de calidad de la Unidad y ha publicado varios artículos sobre temas relacionados con la mejora de calidad en la Unidad en revistas nacionales e internacionales sobre el sistema de evaluación de satisfacción de clientes y el sistema de evaluación de la continuidad asistencial entre otros temas.

1.C. IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES CON CLIENTES, ALIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD.

La implicación de los líderes con los distintos grupos que trabajan con la Unidad (definidos en el subcriterio 2.A.) queda reflejada en el conjunto de métodos de intercambio de información que la Unidad tiene

establecidas con los distintos grupos interesados y/ o afectados y otros métodos de relación con los grupos de interés. Los responsables no son sólo promotores de este sistema de reuniones y responsables últimos de su realización y de la adecuada gestión de la información recogida en ellas, sino que además participan activamente en la medida de lo posible. Algunos de los métodos establecidos de intercambio de información entre el responsable y los distintos grupos de interés son:

- Clientes:

- El Jefe de Sección promueve la realización de encuestas de satisfacción de familiares o tutores legales de los pacientes y recibe periódicamente los resultados de las mismas. El Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería reciben información del Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.) del hospital sobre las sugerencias que depositan los familiares cuando suponen información relevante para la Unidad. Además, reciben notificación inmediata cuando algún paciente o familiar presenta una reclamación oficial y son los responsables directos de gestionarla.
- La implicación de los líderes con los pacientes y familiares les ha llevado a establecer y supervisar un sistema de comunicación por el que los familiares o tutores de pacientes reciben información directa en el momento de la admisión y contacto telefónico diario para mantener informada a la familia de los progresos del paciente y contestar a sus dudas y preguntas.
- La jefatura mantiene reuniones puntuales con asociaciones de pacientes y familiares para conocer las expectativas y necesidades de estos grupos de interés, como por ejemplo con asociaciones de familiares de enfermos del síndrome de Asperger, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar y esquizofrenia. Además se mantiene una estrecha relación con asociaciones que trabajan en el campo de los menores con Trastornos del Espectro Autista como la Fundación Aucavi.
- Los líderes promueven la realización de estudios de satisfacción de familiares o tutores de pacientes ingresados.

- Aliados:

Los líderes de la Unidad de Psiquiatría Adolescente potencian el trabajo conjunto con los centros de salud mental, organizaciones sociales y educativas. Estas alianzas están descritas en el punto 4.A.

- Otras organizaciones de la Comunidad:

Los líderes de la Unidad son también responsables de la relación e intercambio de información con distintas organizaciones sanitarias y sociales, ya sea personalmente o por delegación en otros miembros del equipo asistencial. Estas relaciones están expuestas detalladamente en el criterio 4: Alianzas y Recursos. Algunas muestras de implicación de los líderes con organizaciones de la comunidad:

- El compromiso del Jefe de Sección de la Unidad con la comunidad, servicios sociales y otras organizaciones queda de manifiesto al haber promovido el intercambio de conocimientos con otras organizaciones que pueden beneficiarse del conocimiento de las experiencias mutuas. Con este objetivo se han realizado encuentros con Unidades de características similares, se ha admitido a distintos profesionales a realizar rotaciones por la Unidad y se ha decidido que la página web de la Unidad tenga información sobre protocolos, para que cualquier otra organización pueda utilizarlos.
- Los responsables de Unidades o los Directores Médicos de los Hospitales donde se encuentran Unidades de Hospitalización de Adolescentes de reciente o próxima apertura han visitado la Unidad y solicitado ayuda para desarrollar sus planes de acción. Ejemplo de ello son las Unidades de Hospitalización Infanto-juvenil del Hospital Santiago Apóstol, del Hospital Clínico de Zaragoza, del Hospital Clínico de Valladolid, la del Hospital de Basurto en Bilbao, la del Hospital de San Sebastián, la del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, Hospital Central en Oviedo, Hospital Clínico de Ciudad Real, Valle Hebrón y San Joan de Deu en Barcelona. También han acudido los responsables de los servicios de Salud Mental de Galicia, Asturias y Castilla-La Mancha, y personal que estará implicada en la puesta en marcha de la unidad de Murcia. Todas las unidades que han abierto sus servicios estos últimos 8 años han enviado a sus responsables a conocer o a rotar por nuestra Unidad. La Unidad ha sido visitada también por responsables de salud mental y Responsables de Unidades de características similares de Bélgica, Holanda y Reino Unido.

- El compromiso de la Supervisora de enfermería queda de manifiesto al promover reuniones con equipos de enfermería de otras organizaciones, como por ejemplo El Hospital Niño Jesús, San Juan de Dios y Benito Menni de Barcelona. Antes de que se inaugurase la unidad, el personal de enfermería se puso en contacto también con el Centro de Salud Mental de Vallecas para aprender el modo de funcionamiento de su programa infanto-juvenil y se ha colaborado con la nueva Unidad de Adolescentes de Oviedo.
- La colaboración mediante cursos o clases en estamentos externos al hospital cuando es requerida es otra forma de colaborar con la sociedad. Así por ejemplo, el Jefe de Sección de la Unidad ha participado en la elaboración de cursos de formación para asociaciones de familiares de enfermos mentales, maestras de aulas hospitalarias y cuidadores de centros para menores dependientes del IMMF.
- El Jefe de Sección es profesor asociado de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y profesor titular de la Universidad de Maryland de Estados Unidos. Esto implica que se imparten clases teóricas y prácticas así como seminarios y sesiones clínicas.
- Cuando ha sido requerido, el responsable de la Unidad ha aparecido en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) para explicar el proyecto asistencial y ampliar el conocimiento social sobre la problemática psiquiátrica adolescente (ver datos de aparición en medios de comunicación en el criterio 8).
- El Jefe de Sección ha sido nombrado en el 2007 coordinador de la única Red de Investigación en Psiquiatría que existe a nivel nacional, lo que supone dedicar parte de su tiempo a mejorar la investigación en esta área en el país. Esto da una idea del prestigio investigador con el que cuenta esta Unidad a nivel nacional.

1.D. MOTIVACIÓN, APOYO Y RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES

La función principal del Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería es el establecimiento de los objetivos de la Unidad, la correcta transmisión de esta información a todos los profesionales que trabajan en ella y la coordinación de su puesta en práctica. Como líderes tienen la misión de motivar y

apoyar a los profesionales en su trabajo diario, proporcionándoles toda la información y medios materiales necesarios, facilitándoles un ambiente seguro y estimulante, con capacidad de crecimiento profesional y personal, y reconociéndoles el esfuerzo y el buen desempeño profesional.

Una de las acciones especialmente valiosas llevadas a cabo por los líderes, y que se entrecruza a lo largo de todo el documento, es la de escucha y apoyo a todas las iniciativas que han ido partiendo de los distintos profesionales, para su discusión y aceptación siempre que se consideraran válidas; reflejo de ello es todo el catálogo de actividades de acción y de mejora que se resumen a lo largo de esta memoria.

En el sistema público sanitario actual el refuerzo a los trabajadores por el buen desempeño profesional está limitado por la normativa vigente en materia de personal, que especifica salarios, medios de selección y promoción profesional, oportunidades de movilidad y otros factores que podrían utilizarse como incentivos. Teniendo en cuenta esta situación, los líderes de la Unidad se esfuerzan por motivar a los trabajadores mediante el buen trato personal y profesional, un sistema de gestión lo más participativo posible, transmisión de toda la información necesaria para los trabajadores, equidad en el reparto de cargas de trabajo y actividades de reconocimiento a la buena labor desempeñada. Además, para evaluar si los métodos empleados han cumplido correctamente el objetivo de motivar a los trabajadores, se realizan estudios de clima laboral. Aunque estos puntos están explicados en el criterio 3 (personas) vamos a repasar brevemente algunos de los modos de apoyo y reconocimiento a los trabajadores empleados por los responsables:

Sistema de trabajo participativo, mediante la creación de grupos de mejora. Siempre que se establecen grupos de trabajo se incluye a los profesionales más directamente implicados en las prácticas que se van a trabajar, de forma que la metodología de trabajo esté consensuada por los profesionales. Los grupos de trabajo en temas de gestión se establecen mediante voluntarios. Para el proceso de autoevaluación de EFQM, por ejemplo, el equipo evaluador se constituye con personal voluntario. Además, para fomentar la participación de los trabajadores que no forman parte en el proceso, la memoria se entrega a todos los trabajadores para su revisión y corrección.

La transmisión de la información necesaria para el correcto desempeño de las responsabilidades y las funciones de cada trabajador es imprescindible para el buen funcionamiento de la Unidad y la motivación de los trabajadores. Para ello se ha definido un sistema de reuniones (explicado en el criterio 3) mediante las que se asegura que la información llegue a todos los trabajadores.

- Reunión diaria de los líderes de la Unidad junto con los profesionales que la integran.
- Reuniones semanales a las que acuden trabajadores del turno de mañana y tarde.
- Reuniones trimestrales de gestión con todos los trabajadores de los tres turnos horarios de la Unidad.
- Reuniones bimensuales de la Supervisora de enfermería con los profesionales de enfermería.
- Además de estas reuniones periódicas y estructuradas, si se requiere por algún incidente o problemas en la Unidad se organizan reuniones extraordinarias.

Además de estos métodos estructurados de intercambio de información, el contacto y la comunicación de los líderes con los trabajadores de la Unidad es constante, ya que las personas que tienen las funciones de Jefe de Sección y Supervisora de enfermería participan también de la práctica clínica.

Reparto equitativo de cargas de trabajo. La equidad de cargas de trabajo es un elemento fundamental para la buena relación entre profesionales. El Jefe de Sección y la Supervisora de Enfermería establecen un reparto equitativo de casos y cargas de trabajo entre trabajadores de una misma profesión en las profesiones en que es necesario. Esto se comprueba, por ejemplo, en la revisión trimestral de casos asignados a cada psiquiatra que el Jefe de Sección ha solicitado al Servicio de Admisión del Hospital, en la que aparecen reflejados el número de casos nuevos, estancias de pacientes y estancia media para cada profesional, además del número de nuevos y revisiones en consultas externas.

Oportunidades de crecimiento profesional: La oportunidad de participar en actividades de crecimiento profesional como formación e investigación es considerada también un elemento motivador para los trabajadores. Los métodos principales de crecimiento profesional son:

- Asistencia a cursos de formación y congresos. Cada trabajador tiene la oportunidad de participar en cursos de formación según las directrices del convenio para el personal laboral de la CAM. La equidad de acceso a cursos es total entre todos los profesionales. Además, se potencia la asistencia a congresos y formación externa como modo de aprendizaje y motivación y, cuando es posible, se solicita financiación de distintas fuentes para facilitar la asistencia. Se ha realizado una primera edición de un curso de Desactivación Verbal, a demanda del personal de enfermería.
- Los proyectos de investigación son numerosos en la Unidad, cuentan con la participación de gran parte de la plantilla y sirven también como desarrollo profesional. Se potencian las publicaciones y en ellas participan todos los trabajadores que han formado parte de dichas investigaciones, aumentando así su currículum profesional e investigador.

Actividades de reconocimiento: El responsable de la unidad reconoce el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de forma directa e informal cuando corresponde, y mediante algunos sistemas concretos de reconocimiento como son:

- Transmisión de felicitaciones: Las cartas de felicitación y agradecimiento que recibe la Unidad de pacientes o familiares atendidos, de estudiantes que rotan en la Unidad, de profesionales u organizaciones que han recibido información o ayuda de la Unidad etc., son transmitidas por los líderes al profesional responsable o, en su caso, a toda la Unidad. Además se ponen en un lugar visible para que sean conocidas por todos los trabajadores
- Desde el año de su inauguración, el Jefe de Sección de la Unidad organiza una cena anual, coincidiendo con la apertura de la Unidad, a la que están invitados todos los trabajadores de la Unidad. Desde el año 2007 se ha instaurado otra cena-fiesta en primavera en la que el Jefe de Sección invita también a todos los trabajadores de la Unidad.
- Los distintos logros y premio obtenidos por trabajadores de la Unidad y los premio que recibe la misma son enviados al responsable de la Intranet del hospital para que tengan difusión en todo el hospital.

Evaluación de satisfacción de profesionales. Para contar con la evaluación de los profesionales de estos

métodos de apoyo y reconocimiento expuestos y obtener sugerencias sobre cómo adecuarlos más a las expectativas de los trabajadores, el responsable de la Unidad promovió en el año 2003 la evaluación de satisfacción de trabajadores, que se realiza con un instrumento validado, de forma anónima y con periodicidad bianual. Siguiendo el calendario establecido, en los años 2005 y 2007 se llevan a cabo las siguientes evaluaciones (ver subcriterio 7-A). En el año 2006, además, se introduce “la semana de la queja” en la que los profesionales pueden aportar quejas o sugerencias anónimas en buzones habilitados para este fin.

1.E. LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

Los líderes de la Unidad intentan sustentar los cambios en la organización en fenómenos internos (teniendo en cuenta los distintos cuestionarios de satisfacción y reuniones de coordinación) y externos (como la evolución del sector, la política o la sociedad y cómo pueden afectar a la organización).

Se identifican y seleccionan los cambios que es necesario introducir en la organización, en el modelo de organización y en sus relaciones externas.

Se señalan algunos de los cambios en la organización llevados a cabo:

- Se organizan distintos grupos de trabajo para cumplir las demandas detectadas y trabajar en las áreas de mejora acordadas con los profesionales.
- Se promueven y apoyan todas aquellas iniciativas de mejora que surgen de los grupos de trabajo de la Unidad.
- Se cambia el sistema tradicional de escritura para la prescripción médica y la gestión de botiquín de farmacia por un sofisticado sistema de prescripción electrónica (PIXIS), con el objetivo de reducir el número de errores en la prescripción y facilitar el trabajo de los distintos profesionales.
- Se cambia la coordinación con el turno de tarde para facilitar las devoluciones de las respuestas a las demandas y preguntas expresadas por los pacientes en las asambleas que estos mantienen dos veces en semana.
- Se detecta que existe una demanda creciente para el tratamiento de menores con problemas de toxicomanía por lo que se acepta el ingreso para desintoxicación de menores que luego pasarán a recursos ambulatorios de deshabituación.
- Se apoya la formación de la recién creada Asociación Madrileña de Enfermería de Salud Mental, presidida por un ex-becario del grupo y de la que es secretario un enfermero en activo de la unidad.

**CRITERIO 2.
POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

2.A. LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Se definen los distintos grupos de interés y qué supone cada uno de ellos para la Unidad. De forma general, consideramos nuestros clientes a los usuarios de los servicios que proveemos, consideramos partners o aliados a las demás organizaciones sociales o sanitarias que trabajan en la provisión de servicios a nuestros usuarios desde otros niveles o disciplinas y cuya coordinación es imprescindible para una adecuada continuidad de cuidados en la atención a nuestros clientes. A partir de ahí, son considerados otros grupos de interés el resto de las organizaciones con quienes mantenemos alianzas, que se benefician de nuestros servicios directa o indirectamente pero que no proporcionan servicios directos a nuestros usuarios. Teniendo en cuenta que la satisfacción de nuestros trabajadores no es sólo un fin en sí mismo sino también una forma de potenciar que los pacientes reciban un trato y un tratamiento adecuados, se considera a los trabajadores de la Unidad uno de los grupos de interés fundamentales a la hora de definir la política y estrategia.

A continuación se presentan definiciones concretas de cada uno de los grupos de interés:

- **Cientes: Pacientes y familiares o tutores legales.** Se entiende por cliente de la Unidad a los enfermos ingresados en la Unidad de hospitalización de adolescentes. Al tratarse de pacientes menores de edad, entendemos que sus familiares o tutores legales son también nuestros clientes directos.
- **Trabajadores de la Unidad,** considerando como tales a todos los trabajadores que componen la plantilla de la Unidad de todas las profesiones independientemente del tipo de contrato que posean. Excluimos de este grupo a los estudiantes y rotantes, debido a la brevedad de su estancia en la Unidad.
- **Aliados o Partners.** Se consideran aliados de la Unidad todos aquellos recursos sanitarios, educativos, sociales, judiciales y todas aquellas organizaciones sin ánimo de lucro y con iniciativa social que tengan que ver con adolescentes. Se consideran aliados a nivel sanitario los Centros de

Salud Mental (C.S.M.) (Programa Asistencial Infante Juvenil), y Hospitales de Día infanto-juveniles, a nivel educativo todos los Centros de Educación normalizada, Centros de Educación Especial y Programas de Garantía Social y Programa de Adaptación a la vida adulta. A nivel de recursos sociales, programas de atención a menores y familia, centros de atención a la infancia (CAI), Equipos de trabajo con menores y familia (ETMF) y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) en el caso de menores con medidas de protección (tutela o guarda) y en general todos aquellos recursos de ámbito público o privado que puedan ser utilizados para una mejor atención de las necesidades del menor y sus familias.

- **Otros grupos de interés:** Aquellas organizaciones o asociaciones con quienes trabajamos o colaboramos, que se pueden beneficiar directa o indirectamente de nuestra actividad, pero que no trabajan en la provisión de servicios a nuestros clientes. Ejemplos serían asociaciones de familiares, sociedades científicas, sociedad en general, universidades y unidades de hospitalización para adolescentes de otros hospitales generales

El desarrollo de la política y estrategia de la Unidad parte de las directrices marcadas desde el Servicio Regional de Salud de la CAM, desde la Dirección del Hospital Universitario Gregorio Marañón y desde el Departamento de Psiquiatría del Hospital. En el Hospital Gregorio Marañón, siguiendo las directrices marcadas por la Comunidad de Madrid, se realizó en 2005 una auto-evaluación mediante el Modelo EFQM para establecer el plan estratégico de los años siguientes. A partir de aquí, el Departamento de Psiquiatría establece su propio plan estratégico, que supone la adaptación de estas líneas a las características de la población tratada. Para la adaptación del Plan del Hospital a Psiquiatría, el Jefe de Sección presentó el proyecto a los profesionales y solicitó voluntarios para realizar esta adaptación. Partiendo de estos documentos se definieron las líneas estratégicas de la Unidad que están contenidas en el plan estratégico elaborado en 2005. Además de las líneas estratégicas marcadas por el Hospital y el Departamento, algunos de los documentos y normativas que sirven de base para la elaboración y revisión de nuestra política y estrategia son las estadísticas anuales de la Comunidad de Madrid, las Memorias de la Red Integrada de Salud Mental de la

CAM y el Plan de Salud Mental de la CAM, entre otros documentos.

Además de estas directrices políticas y organizativas, que en muchas ocasiones son insuficientes y no están actualizadas, la Unidad establece sus propios mecanismos para adaptarse a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, por lo que ha desarrollado un sistema de recogida continua de información de dichos grupos. Mediante esta recogida de información se identifican expectativas y se lleva a cabo el seguimiento de la implantación de la política y estrategia. Algunos métodos de recogida de información quedan resumidos en la tabla 2.A.1.

libros, conferencias de congresos, cursos etc., que nos dan información de las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares.

2.B. LA INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MEDICIÓN, EL RENDIMIENTO, INVESTIGACIÓN, APRENDIZAJE Y CREATIVIDAD SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Además de la información de los grupos de interés, en nuestra política y estrategia se integra información proveniente de muchas otras fuentes, que nos dan información de datos demográficos y sociales, sanitarios, nuevas técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, psicológico y métodos de gestión que se están investigando o llevando a la práctica en otras organizaciones. El acceso a estos datos es constante.

Los datos sociales y demográficos, necesarios para adaptar nuestros servicios a la población de referencia, nos los proporcionan periódicamente los organismos correspondientes de la Comunidad de Madrid. Ejemplos de estos documentos son los censos oficiales y los estudios demográficos de la Comunidad. En base a estos datos se toman medidas. Por ejemplo algunos profesionales de la Unidad, ante los datos del aumento de inmigración a nuestras áreas de referencia, han realizado cursos de formación específica de temas relacionados con la inmigración, enfocados para distintas disciplinas.

Los datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia de enfermedades psiquiátricas en población adolescente proceden de boletines publicados anualmente por la Comunidad de Madrid. Para una visión más global de la evolución de los trastornos y la aparición de nuevas patologías se estudian las publicaciones y estudios científicos al respecto, por ejemplo en sesiones bibliográficas quincenales a las que acuden también los rotantes en formación y el personal investigador para discutir sobre artículos de reciente publicación.

El intercambio de información con otras Unidades de Hospitalización de Psiquiatría y Psicología nos aporta información de métodos de tratamiento y gestión a incorporar en nuestra práctica clínica, por lo que se han establecido alianzas con diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales (criterio 4). Además, los profesionales de la Unidad buscan

Tabla 2.A.1.

MÉTODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	
GRUPO DE INTERÉS	MÉTODO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
Clientes (pacientes/familiares)	Encuestas de satisfacción de aplicación continua
	Sugerencias y reclamaciones
	Grupo terapéutico de padres semanal
	Reuniones periódicas de los responsables del paciente con familiares
	Reuniones con asociaciones de pacientes
Trabajadores de la Unidad:	Reuniones trimestrales de gestión
	Disponibilidad de los responsables para reuniones informales
	Encuesta bianual de satisfacción de profesionales
	Semana de la queja
Parteneros o aliados	Contacto directo con responsables de pacientes en salud mental ambulatoria
	Encuestas bianuales a los psiquiatras de los CSM
	Reuniones mensuales de coordinación del área de salud
	Sesión clínica quincenal con profesionales del área
	Reuniones con escuelas y Centros de Atención a la Infancia
	Conversaciones y reuniones con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de manera continuada
	Visitas puntuales a Recursos Intermedios de Salud Mental
Otros grupos de interés	Reuniones puntuales con otras unidades de psiquiatría adolescente
	Recepción constante de rotantes y estudiantes de otros centros.
	Intercambio directo de información con otras unidades de psiquiatría adolescente
	Contactos en congresos y reuniones científicas

Otra fuente de información de las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés se encuentra en las publicaciones científicas en revistas,

información de otros centros dedicados a la salud mental, que aunque no tienen los mismos objetivos y programas asistenciales nos sirven para obtener información de la continuidad del tratamiento del paciente.

Los trabajadores de la Unidad participan en grupos de gestión y foros de discusión para obtener información de nuevas corrientes en salud mental. Así por ejemplo, algunos de los trabajadores de la Unidad han participado como expertos en los grupos de trabajo para la creación del Plan de Salud Mental y en el Plan de Atención Social a la Infancia o en los grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento Farmacológico de la Comunidad de Madrid.

También se utilizan los resultados de indicadores de rendimiento de la Unidad, como por ejemplo los provenientes de la explotación de datos de historias clínicas, datos de memorias anuales de la Unidad, comparaciones con otras unidades hospitalarias, etc.

En cuanto a la investigación, se utiliza la memoria bianual de investigación en la que aparece la producción científica de los distintos Servicios y Unidades del hospital. Al ser el Jefe de Sección de la Unidad el Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital, él es el encargado de la elaboración y coordinación de dicha memoria.

2.C. DESARROLLO, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

La Política y Estrategia de la Unidad tiene como pilares básicos el Plan Estratégico del Hospital Gregorio Marañón y el Plan Estratégico del Departamento de Psiquiatría. A partir de aquí, la Unidad establece objetivos concretos y sistemas operativos para evaluarlos.

De forma general, podemos diferenciar dos grandes bloques de objetivos en los que se materializa la política y estrategia de la Unidad, que se especifican en la Carta de Servicios de la Unidad y los objetivos periódicos (principalmente anuales).

La Carta de Servicios de la Unidad de Adolescentes se redactó tras la autoevaluación llevada a cabo en el año 2003, al identificar la necesidad de definir por escrito los servicios de la Unidad, los requisitos de calidad con los que se llevarían a cabo y el método de seguimiento y evaluación que se utilizaría. La publicación de esta Carta de Servicios y su difusión

entre los ciudadanos supone un compromiso público de los servicios ofrecidos a los usuarios y el nivel de calidad de los mismos. Las prestaciones ofertadas en la Carta de Servicios son las siguientes:

- Tratamiento integral médico, psicológico y de enfermería a los menores hospitalizados.
- Continuidad de la formación académica y educación general de los adolescentes.
- Evaluación de las necesidades y situación social del paciente.
- Tratamiento médico integral de las distintas especialidades médicas.
- Información y apoyo a familiares y tutores del paciente.
- Tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
- Coordinación con instituciones sociales y sanitarias extrahospitalarias
- Investigación.

Entre los requisitos de calidad establecidos en la Carta de Servicios destaca el uso eficiente de recursos, la utilización de guías clínicas al uso, ofrecer un trato humano a pacientes y familiares que respete sus derechos y su autonomía, la periodicidad y los medios con los que se proporcionará información a familiares, las actividades que se realizarán para favorecer la continuidad asistencial, las actividades de formación específica para profesionales que se llevarán a cabo, la contribución al avance científico en el tratamiento y la atención a la patología psiquiátrica infanto-juvenil y el trabajo según los principios de la mejora continua de calidad. La Carta de Servicios también establece que la docencia y la Investigación son actividades básicas de la Unidad.

La evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la carta de servicios se hace cada dos años mediante un informe que se da a la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano sobre el cumplimiento del compromiso de calidad, en el cual se incluyen los datos relativos al seguimiento de los indicadores de gestión desde la última modificación. Además, otros datos utilizados para su evaluación son: la puntuación de las autoevaluaciones EFQM, los datos de indicadores de actividad hospitalaria, auditorias de historias clínicas, medidas de calidad percibida, datos de formación continuada de los trabajadores y producción científica de la Unidad.

Por último la Carta de Servicios asume como compromisos de calidad en la atención al ciudadano los Criterios de Calidad de la Actuación

Administrativa establecidos por la normativa de la Comunidad de Madrid (decreto 85/2002, de 23 de mayo).

Además de los objetivos establecidos en la Carta de Servicios de la Unidad, se establecen objetivos más concretos para cumplir a corto plazo. La definición de objetivos se hace generalmente de forma anual, cuando el Jefe de Sección y la Supervisora de enfermería tienen que pactar los objetivos que se cumplirán en un año y comprometerse a ellos en un contrato de gestión, que firmarán junto con las demás unidades del hospital. Este contrato de gestión contiene objetivos de calidad, asistencia, investigación y docencia. Además de los objetivos, se marcan también las medidas que se pondrán en práctica en la Unidad para su consecución.

El seguimiento de estos objetivos se hace a corto y a medio plazo. A corto plazo, el Jefe de Sección se reúne con los Jefes de Servicio y Responsables de Sección del Departamento y la Jefa de Departamento de enfermería para el seguimiento de los mismos. A medio plazo, se hace una reunión de evaluación de indicadores para evaluar su cumplimiento.

Además de los objetivos anuales, cuando se detectan deficiencias u oportunidades de mejora en la unidad, se establecen objetivos con planes de acción concretos. La discusión y aprobación de estos objetivos se hace en las reuniones trimestrales de gestión. El seguimiento de la consecución de dichos objetivos se hará en reuniones de gestión posteriores, y las actas de las reuniones sirven de archivo de las decisiones tomadas.

Según se van identificando cambios en las características de la población tratada o las demandas

de ésta, se van introduciendo cambios en las líneas de actuación. Así, por ejemplo, ante la previsión de más casos de adolescentes con abuso de tóxicos se han establecido relaciones con la Agencia Antidroga y con el Centro de Deshabitación de menores de Dianova concertado con aquélla.

2.D. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE.

Estos objetivos se llevan a la práctica mediante un sistema de procesos que queda explicado en el criterio 5. Los procesos están divididos en procesos de gestión, procesos operativos y procesos de soporte, aunque estos últimos están principalmente gestionados por el hospital y la Unidad no tiene responsabilidad sobre ellos.

2.E. COMUNICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

La comunicación de la política y estrategia se hace principalmente durante las reuniones trimestrales de equipo, de las que participan los trabajadores de los tres turnos horarios y en las que se transmite la política de forma implícita

En los casos en los que, para implantar algún aspecto concreto de la Política y Estrategia, es necesaria la elaboración de algún documento, proceso o modificación de la práctica diaria, se hacen reuniones especiales de comunicación y planificación. Así mismo, la comunicación continua y directa entre miembros del personal en su práctica cotidiana es un medio de transmisión e implantación continua.

**CRITERIO 3.
PERSONAS**

3.A. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La planificación básica de los recursos humanos, tanto de personal con dedicación exclusiva a la Unidad como de recursos humanos compartidos con el resto del hospital, formaba parte del proyecto de creación de la unidad. Esta planificación se elaboró a partir de los ratios propuestos por las sociedades científicas en materia de personal y los objetivos establecidos para la Unidad. En el momento de su apertura, la Unidad comenzó a funcionar con un número de profesionales ligeramente inferior al propuesto. El responsable de la Unidad y el resto de los trabajadores han seguido esforzándose en presentar datos que demostrasen la necesidad de aumentar la plantilla hasta alcanzar el plan inicial propuesto, datos que han servido para ir añadiendo profesionales progresivamente hasta formar la plantilla propuesta.

La formación específica en salud mental Adolescente se considera un requisito importante para obtener una buena calidad asistencial en la Unidad. Para la selección de los profesionales, en la medida en que lo permite el convenio de personal de la Comunidad de Madrid, se pactaron perfiles profesionales para la contratación de los psiquiatras de la Unidad, el psicólogo clínico y el terapeuta ocupacional. En el año 2007 se ha conseguido incrementar el número de psiquiatras de la Unidad a 5, equiparándose así con el resto de Unidades de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital. Este estudio de necesidades de personal y las características del mismo se repite siempre que la ocasión lo requiere. La selección y gestión de recursos humanos está gestionada según la legislación que regula la gestión de personal de las administraciones públicas (principalmente, ley 30/84 de Medidas para la Reforma de Función Pública, Estatuto de los Trabajadores, Ley 15/1998 y ley 63/1997) y por los convenios colectivos de personal laboral y funcional de la Comunidad de Madrid y el Convenio Colectivo de los trabajadores del H.G.U.G.M. Mediante toda esta normativa se definen los procesos de selección, tipos de contratación, ascensos, movilidad, categorías profesionales, remuneración y reconocimientos del personal. De igual forma, esta normativa especifica las actuaciones existentes para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a los puestos de trabajo, la posibilidad de carrera profesional, y la existencia o no de evaluaciones de rendimiento de trabajadores o promociones por logros profesionales. La gestión de

personal para todo el H.G.U.G.M. es tarea de la Subdirección de Personal a través de su Servicio de Empleo, Administración y Retribuciones. La Unidad, por lo tanto, no dispone de ningún plan de gestión de recursos humanos o política de recursos humanos, ya que no tiene poder de decisión al respecto, salvo orientar y asesorar cuando se requiere.

Dentro del marco expuesto, la vía que más se ha potenciado para la mejora de los recursos humanos de la Unidad es la formación y motivación de los profesionales, aumentando así su capacitación para el mejor tratamiento de este colectivo específico.

3.B. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

La formación continua es considerada un elemento esencial para el buen desempeño laboral de los profesionales sanitarios. La Unidad potencia el aprendizaje mediante un programa de formación continua y la definición de un sistema de trabajo que favorece el aprendizaje y el intercambio de conocimientos entre profesionales.

Los trabajadores de la Unidad, como trabajadores de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid, tienen acceso a los servicios de formación ofrecidos por la Comunidad, que en estos momentos son cuatro: Servicio de Formación e Investigación de la Consejería de Sanidad, Fundación Lain Entralgo, Departamento de Salud Mental y Centro Universitario de Salud Pública. La relación con estos organismos es básicamente de consumo de los servicios por ellos ofrecidos, careciendo de poder de decisión en su planificación y gestión. Únicamente el Servicio de Formación del Departamento de Salud Mental lleva a cabo una detección de necesidades de formación anual mediante los Coordinadores de Docencia de Área, quienes reciben propuestas de formación de los profesionales.

El H.G.U.G.M. tiene un área de Formación clínica que recibe propuestas de actividades de formación de los profesionales. Así, uno de los cursos organizados este año sobre desactivación verbal ha sido a propuesta de la supervisión de enfermería de la Unidad por estimarlo un área necesaria. Las Áreas de formación del H.G.U.G.M. pertenecen al Plan de Formación Especializada de la Comunidad de Madrid, que se aprueba anualmente. Algunos profesionales de la

unidad han sido coordinadores de varios cursos y los han impartido.

Lejos de conformarse con la formación general ofrecida por todos estos organismos, al considerar fundamental la formación específica en materias de psiquiatría infanto- juvenil, la UADO ha definido su propio sistema de formación continuada. Este programa de formación está compuesto por:

- Sesiones clínicas quincenales de casos de adolescentes con los especialistas en Salud Mental Adolescente del Área 1 y de los Hospitales de Día de referencia de la Unidad. Se trataba de una experiencia piloto sin referencias de casos similares previos que, tanto por la cantidad de asistentes que tiene como por las evaluaciones de estos, parece estar teniendo un efecto muy positivo en los trabajadores de la UADO. A estas sesiones, coordinadas por una de las psiquiatras de la Unidad, acude el equipo terapéutico de la Unidad siempre que dispongan de tiempo para ello. Desde el año 2006 se ha conseguido la acreditación de estas sesiones clínicas por parte de la Agencia Laín Entralgo.
- Revisión de casos de buena evolución una vez al mes.
- Sesiones bibliográficas internas quincenales, a las que acuden psiquiatras, residentes y rotantes del hospital y del área.
- Sesión clínica semanal en el Departamento de psiquiatría, en la que se presentan casos de adultos y adolescentes, a las que acude el personal de la unidad.
- Sesión clínica de enfermería en el hospital, que a veces tratan casos de psiquiatría de adolescentes.
- Curso anual de patología psiquiátrica adolescente, ofertado gratuitamente tanto a los trabajadores de la Unidad como a profesionales de otros centros de la Comunidad. Cursos específicos para personal de la Unidad, relacionados con el cumplimiento directo de sus funciones, como los cursos de Contención física y de Desactivación Verbal.
- Cursos de formación en los que participan como ponentes personalidades nacionales e internacionales de gran relevancia en esta especialidad.

Algunos de los temas de estos cursos o seminarios se deciden a petición de los trabajadores. Por ejemplo, el personal de enfermería solicitó los primeros años cursos de psicopatología, que impartió el Jefe de

Sección de la Unidad. Más recientemente, enfermería consideró necesario recibir formación en el manejo del paciente violento. Para dar respuesta a esta necesidad, se realizó un “Curso Ampliado de Técnicas de Contención para pacientes agitados” y otro de “desactivación verbal” exclusivamente para el personal de la Unidad y financiado con fondos propios de la Unidad, procedente de lo generado mediante proyectos de investigación.

La asistencia a congresos científicos es también una oportunidad de crecimiento profesional que se intenta ofertar y financiar desde la Unidad a todas las categorías profesionales. En los cuatro últimos años hemos coordinado mesas específicas de psiquiatría infanto juvenil en el congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría y presentado ponencias en el Congreso y Jornadas de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto Juvenil, Jornadas de Enfermería de Salud Mental y Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología. Aunque los que más facilidad tienen para acudir a congresos son los psiquiatras, se potencia la asistencia de las demás categorías utilizando los ingresos que se generan de la actividad investigadora de la Unidad para sufragar la asistencia a congresos de becarios y personal de enfermería (ver datos del criterio 7).

La participación de los profesionales en Cursos y Congresos como ponentes también se ha promovido y apoyado desde la Unidad puesto que es bien sabido que la preparación, transmisión e intercambio del material para dichas actividades docentes constituye la experiencia de aprendizaje más efectiva y duradera. De hecho siempre se prioriza las peticiones de asistencia a congreso de aquellos profesionales que presenten algo en los mismos. Por ejemplo, el departamento de formación continuada del hospital solicitó a Enfermería de la UADO un curso sobre “psicopatología y cuidados del adolescente”, que fue impartido por el personal de enfermería de la UADO.

Los profesionales de la Unidad, en particular los psiquiatras, participan activamente en la formación de los residentes de Psiquiatría del Hospital. Uno de los 5 psiquiatras es el Tutor de residentes y los demás participan de forma activa y reglada con espacios quincenales de formación en metodología de investigación y lectura crítica de la bibliografía. Además, dos DUES de la Unidad forman parte del profesorado colaborador en la especialidad de Enfermería de Salud Mental en la Escuela de Enfermería de Madrid y autorizan, junto al resto de DUES de la UADO, las prácticas de los EIR.

Para asegurar la equidad en el acceso a formación de todos los profesionales, los días de formación al año son iguales para todos los trabajadores de la Unidad, al igual que para los del resto del hospital.

Además de cursos y congresos, en la Unidad se trabaja con sistemas de trabajo que favorecen la adquisición de nuevos conocimientos. Estos sistemas los proponen los profesionales y se discuten en las reuniones trimestrales de equipo. Algunos ejemplos de sistemas de trabajo definidos para potenciar el aprendizaje continuo en el medio de trabajo son:

- El personal de enfermería está presente en las entrevistas clínicas que lleva a cabo el psiquiatra con los pacientes. Si el caso lo requiere, participa también la trabajadora social.
- Se sigue un sistema rotatorio de enfermería, de forma que cada dos meses trabajan juntos un enfermero con un psiquiatra de la Unidad, para favorecer el aprendizaje mutuo y de conocer distintos modos de trabajo.
- Se ofrece la posibilidad a los trabajadores de la Unidad de visitar otros centros y recursos extrahospitalarios de la Comunidad para conocer otros sistemas de trabajo.
- La Unidad ha establecido relaciones con otras unidades psiquiátricas de adolescentes de la Universidad John Hopkins, la Universidad de Maryland, la Universidad de Columbia, el hospital Clínico de Barcelona y el Hospital de Bellevue en Nueva York donde han acudido miembros del equipo para aprender cómo organizan sus procesos asistenciales y obtener información de protocolos y validación y fiabilidad de escalas. En la actualidad los residentes del hospital pueden elegir realizar el periodo de rotación libre que estipula el plan de formación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, en estas instituciones. Desde el año 2002 han realizado rotaciones en estos centros 12 profesionales del Departamento.
- En septiembre de 2005, dos miembros del equipo de enfermería han visitado las Unidades de Adolescentes del Hospital Clínico de Barcelona, la del Hospital de San Juan de Dios en Esplugues (Barcelona) y la UCA de San Boi (Barcelona) y en el año 2007 otros dos han visitado las Unidades de San Sebastián y Bilbao. Estas visitas se financian con financiación proveniente de los ensayos clínicos realizados por los médicos de la Unidad.

Con el objetivo de ofrecer un espacio de formación para futuros profesionales, pero también para crear un ambiente de trabajo que potencie el aprendizaje continuo, en la Unidad rotan estudiantes de quinto curso de medicina, de tercer curso de enfermería, de trabajo social y residentes de psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional.

La investigación, tal como reflejaba ya en el Proyecto de la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes, es uno de los objetivos básicos de la Unidad. Este hecho está en consonancia con los principios del hospital, que considera la investigación uno de sus valores. Entendemos también la oportunidad de participar en proyectos de investigación como un sistema de aprendizaje, crecimiento profesional y ampliación curricular de los trabajadores, alineando así los objetivos de la organización con los objetivos personales de los trabajadores. Cuando se llevan a cabo proyectos de investigación, estos no se limitan a los profesionales médicos puesto que de ellos participan activamente profesionales de la psicología, bioquímica, bibliometría, DUES, maestros, auxiliares de enfermería, trabajadora social y terapeuta ocupacional. Algunos de ellos son trabajadores de la Unidad y otros están contratados por la Unidad a través de la Fundación de Investigación del Hospital. De la misma forma, cuando los resultados son presentados en congresos científicos o cuando se publican artículos en revistas científicas, todos los profesionales que han participado de la investigación aparecen como autores. Todas las investigaciones que se llevan a cabo en la Unidad, son aprobadas por el Comité Ético de Investigación Clínica.

La Unidad favorece cualquier iniciativa de los trabajadores dirigida a incrementar su formación, incluyendo en esto estancias fuera de la Unidad. En octubre y noviembre de 2007 una de las psiquiatras realizó una estancia en el Kennedy Krieger Institute del Johns Hopkins de Baltimore, para incrementar el conocimiento sobre los Trastornos del Espectro Autista, tanto a nivel clínico como de investigación. Son estancias promovidas por la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital, con el objetivo de incrementar los conocimientos en un área o desarrollar una investigación concreta.

Se apoya y promueve que los trabajadores realicen publicaciones y comunicaciones científicas, ya que entendemos que el esfuerzo necesario en adquisición de conocimientos y revisión de información para la preparación de la publicación supone una formación

importante para los trabajadores que repercutirá directamente en la atención de los pacientes y en la competencia de los trabajadores.

3.C. IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

Para implicar a los trabajadores en su tarea, además de las funciones propias de su cargo, se les ofrece la posibilidad de participar en proyectos de gestión de la Unidad relacionados con su área de conocimiento, como pueden ser reuniones para elaborar documentos de consentimiento informado o protocolos asistenciales. Estos grupos de trabajo siguen una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales que se tratan, que son quienes mejor conocen los procesos y quienes más directamente se beneficiarán (junto con los usuarios) de las decisiones acordadas. De esta forma se potencia la alineación de objetivos de trabajo entre la organización y los profesionales, y se motiva a los trabajadores, que sienten la organización como algo suyo. La participación en estas tareas es voluntaria y hasta ahora el número de profesionales dispuesto a participar es casi siempre superior al necesario. El hecho de contar con suficiente personal voluntario para estos grupos de estructuración de prácticas clínicas y el hecho de que muchas de estas actividades sean directamente promovidas por los profesionales, es considerado una prueba de que el sistema de gestión participativo consigue motivar a los profesionales.

Las reuniones trimestrales de equipo constituyen un foro idóneo de participación de todos los miembros del personal. Además, los trabajadores de la Unidad están invitados a participar en sesiones clínicas, presentaciones de casos y conferencias.

El hecho de escoger como sistema de gestión de calidad el modelo EFQM es otra muestra de la importancia de la inclusión de los trabajadores en la gestión de la Unidad, puesto que se eligió este sistema por ser considerado muy participativo y porque obtiene una gran implicación del personal.

Como muchos de los aspectos que influyen en la motivación y reconocimiento del personal de la Unidad escapan de la capacidad de decisión del Jefe de la misma, en el protocolo de evaluación de

satisfacción de trabajadores, el Jefe de la Unidad se comprometió a transmitir la información obtenida a instancias superiores que contasen con poder de actuación en los aspectos evaluados, sirviendo así de puente de información, algo que se ha llevado a cabo ya en varias ocasiones.

3.D. EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

El intercambio de información entre los directivos del hospital y los trabajadores de la Unidad se realiza principalmente a través del Jefe de Sección de la Unidad y de la Supervisora de enfermería. Como ya se ha indicado (criterio 1) los líderes mantienen reuniones trimestrales con todos los turnos de trabajadores de la Unidad, un espacio donde compartir información, quejas, problemas, etc. Los profesionales hacen propuestas de contenidos para el orden del día de estas reuniones trimestrales. Una vez finalizada la reunión, se entrega por escrito el acta de la misma y en la siguiente reunión se realiza un seguimiento de los acuerdos. Además, para que los trabajadores tengan toda la información necesaria para realizar adecuadamente su trabajo, se realizan reuniones diarias y semanales donde se transmite tanto vertical como horizontalmente la información (criterio 1.C.).

En 2006 se establece un nuevo sistema de información para los trabajadores, al que se denomina “la semana de la queja”. El mecanismo consiste en habilitar buzones para recoger de forma anónima quejas y sugerencias de los trabajadores, que posteriormente se analizan en las reuniones trimestrales.

Para los trabajadores que llegan nuevos a la Unidad y para los estudiantes y residentes, se ha definido un sistema de orientación por el que una psiquiatra del centro explica a los recién llegados las normas de funcionamiento, los objetivos de la Unidad, qué se espera de ellos, etc. El funcionamiento de la unidad y lo que se espera de los rotantes en los distintos periodos de su rotación se explica en el documento de acogida que se entrega al inicio de la rotación. Además, en el caso del personal de enfermería, durante el proceso de acogida el equipo de enfermería muestra los protocolos de actividades por turnos y días de la semana del personal de enfermería y la normativa de funcionamiento interno.

3.E. RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

El reconocimiento y la motivación del personal en una organización sanitaria pública en la que tanto la retribución económica como cualquier otro tipo de beneficios están previamente establecidos deben basarse en los pocos aspectos que pueden motivar al profesional y que no están reglados. En la UADO nos hemos centrado en la formación y en la capacidad de crecimiento profesional como punto clave de motivación de los empleados.

La equidad en la cantidad y en las condiciones de trabajo entre compañeros es fundamental para motivar a los profesionales. En la Unidad se hace un reparto equitativo de casos nuevos a cada equipo de psiquiatra-enfermero que sigue un orden rotatorio (riguroso pero flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes y del equipo). El reparto equitativo del trabajo del personal de enfermería se garantiza por un sistema rotatorio bimensual de adscripción del personal de enfermería/auxiliar de enfermería a colaborar con uno de los cuatro psiquiatras de la Unidad. El resto de los miembros del personal de la Unidad dan respuesta a las solicitudes de intervención promovidas por el Jefe de Sección o de los otros cuatro facultativos y gestionan la tarea en función de criterios profesionales propios y de las prioridades que se establecen en reuniones diarias y semanales de equipo.

Se procura mantener unas condiciones de trabajo idóneas en las que se facilitan los descansos en función de las necesidades individuales de los trabajadores. El descanso del personal de enfermería se garantiza con un sistema basado en el Convenio Colectivo de los trabajadores del hospital, según el cual a cada trabajador se le concede un fin de semana libre alterno. El reparto de días libres es gestionado por la Supervisora de enfermería según unos criterios que priman las necesidades individuales de los trabajadores, sin perjuicio de las necesidades del servicio o de las necesidades de otros compañeros. Los turnos de vacaciones del personal de enfermería siguen un sistema rotatorio, y el resto de los profesionales acuerdan la distribución de vacaciones en función de sus necesidades y tras priorizar las necesidades de la unidad.

La seguridad en el trabajo es un factor fundamental de atención a los profesionales, especialmente en un medio como la hospitalización psiquiátrica, con riesgos de agresiones y accidentes laborales. La UADO cuenta con todos los mecanismos necesarios para proporcionar seguridad tanto a pacientes como a

trabajadores. Como se comentará más extensamente en el criterio cuatro, (4.C.) todos los despachos de profesionales cuentan con alarma para casos de emergencia, hay un guarda de seguridad fuera de la Unidad disponible para emergencias, etc. La Unidad ha sido líder en la implantación de muchos sistemas de seguridad, como por ejemplo el sistema de apertura de las puertas o el sistema de aislamiento de la habitación de reflexión. A pesar de todo esto, el tema de la seguridad fue identificado como un tema preocupante para los trabajadores en la autoevaluación del año 2002, por lo que se constituyó un grupo de trabajo para mejorarla. El grupo de trabajo está formado por 5 profesionales voluntarios de la Unidad. Algunos de los cambios implantado hasta la fecha han sido: se han elaborado normas para uso de la habitación de seguridad y una nueva normativa para pacientes custodiados; se ha implantado un nuevo sistema de sujeción de imanes para inmovilizar a los pacientes agitados, que tiene mejores prestaciones y es más seguro, recibiendo el personal adiestramiento en este sistema. Finalmente se cuenta desde el 2007 con un nuevo circuito de cámaras que incluye la existencia de cámaras en todas las habitaciones (al principio sólo existían en algunas).

El reconocimiento a los trabajadores de la Unidad por parte de los Jefes se realiza en las reuniones de trimestrales de equipo, reuniones diarias, etc. Para motivar a los trabajadores y que sientan reconocido su trabajo, los líderes de la Unidad comunican a la dirección del hospital los logros obtenidos por los trabajadores, por lo que estos reciben reconocimiento directamente de ellos. En muchas ocasiones estos logros son reflejados en la intranet del hospital, el periódico de Salud Madrid y en Diario Médico. Por ejemplo en este año 2007 varios trabajadores de la Unidad han sido premiados (premio a la mejor tesis doctoral y a la mejor publicación científica del año 2006 por parte de la Sociedad Española de Psiquiatría o premio al mejor póster en el congreso internacional del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología) apareciendo reseñas en los medios arriba mencionados. En ocasiones, directivos del hospital han acudido a las reuniones trimestrales de gestión con el único objetivo de reconocer y agradecer a los trabajadores su buen hacer profesional y los logros obtenidos.

Para promover el buen clima laboral y para agradecer el trabajo realizado, los trabajadores son invitados a una cena anual que coincide aproximadamente con la fecha de inauguración de la Unidad. El Jefe de Sección consigue financiación externa para esta cena a

la que están invitados tanto trabajadores en activo de la Unidad y como las personas que han trabajado en la misma en el pasado. Además, durante estos últimos años se han establecido dos celebraciones informales en primavera y otoño consistentes en un ágape informal con regalos (amigo invisible).

Fuera del horario de trabajo se organizan otras reuniones y actividades de ocio promovidas por trabajadores de la Unidad o por el Departamento de Psiquiatría, como por ejemplo clases de baile y campeonatos de mus. El grupo de investigación pasa un fin de semana en una casa rural en la que además de poder compartir un espacio distinto al del trabajo se realiza una sesión de tormenta de ideas para planificar la actividad investigadora del año siguiente.

Además desde el 2007 celebra unas jornadas de confraternización con la otra Unidad puntera a nivel nacional en psiquiatría infanto-juvenil, la del Hospital Clínic de Barcelona.

En el año 2002, con el propósito de contar con datos objetivos y anónimos de los trabajadores de la Unidad, se define un protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores. El Jefe de Sección promueve el proyecto y es el responsable de la realización del estudio, para poder así adaptar los métodos de reconocimiento y motivación de trabajadores a las necesidades de los miembros de la organización (ver resultados en criterio 7)

**CRITERIO 4.
RECURSOS Y ALIANZAS**

4.A. GESTIÓN DE ALIANZAS EXTERNAS

En una Unidad de hospitalización las alianzas más importantes son las que se establecen con otras organizaciones o dispositivos que, por tener relación con el paciente antes o después de su ingreso hospitalario, ayudan a mantener la continuidad asistencial. Además del beneficio para los pacientes, estas alianzas suponen un apoyo en el desarrollo mutuo mediante el intercambio de información y conocimientos. La Unidad mantiene también alianzas con otras organizaciones sociales y otros grupos de interés.

Alianzas con “partners”

- **Áreas sanitarias:** se establecen alianzas de coordinación con los servicios de salud mental de distrito. Esta coordinación incluye comunicación y reuniones periódicas con el área y contactos puntuales con cada uno de los profesionales responsables de los pacientes ingresados:

La UADO mantiene relación constante con las áreas sanitarias que derivan pacientes, a cuyos profesionales invitan a visitar la Unidad, a asistir a las sesiones clínicas y con quienes mantienen reuniones periódicas de coordinación.

Los propios profesionales de la Unidad han solicitado formar parte de la Comisión de Asistencia del Área constituida de nuevo en septiembre de 2005 después de llevar tiempo sin reunirse

Se mantiene una estrecha coordinación con el profesional responsable del paciente en el centro de salud mental ambulatorio (CSM), a quien se contacta al menos al ingreso y al alta. El psiquiatra responsable del caso se pone en contacto con el CSM previo al alta del paciente, para concertar la primera cita en el Centro. Todos los pacientes se van de alta con un informe completo en el que aparece el lugar, fecha y profesional que atenderá al paciente en un plazo generalmente inferior a una semana. A partir de una iniciativa basada en los resultados de satisfacción de los centros de salud mental, los informes de alta se envían por correo al psiquiatra, previo consentimiento verbal del representante del paciente. Además, se confecciona el informe de enfermería al alta, donde se recogen aquellas indicaciones o cuidados enfermeros que han favorecido la

recuperación del paciente y que pueden servir de ayuda a la enfermera que va recepcionar al paciente tras el alta.

Para realizar la evaluación socio-familiar, la trabajadora social se pone en contacto, cuando es necesario, con Instituciones y organizaciones extra-hospitalarias, tales como centros de servicios sociales, centros de atención a la infancia, Equipos de Trabajo con menores y Familia (ETMF) así como con otros recursos de ámbito de apoyo a menores y familia, estableciendo vínculos de coordinación que favorecen el intercambio de información y/o la toma de decisiones, según proceda. Todo ello con objeto de dar una atención más integral al menor.

La Psicóloga Clínica de la Unidad, en los casos asignados, se pone en contacto con los Centros de derivación de tratamiento para que exista una continuidad en la intervención terapéutica que se ha llevado a cabo durante el ingreso, así como para proporcionar pautas de actuación al Centro Escolar, de Menores u otras Instituciones donde esté integrado el adolescente.

- **Atención Primaria:** Al tratarse de un recurso de prevención secundaria de alto nivel de especialización, la coordinación y contactos necesarios con Atención Primaria que aseguran la continuidad de cuidados, es canalizada a través de los recursos de prevención articulados en el Plan de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y Hospitalización parcial).

- **Centros de Educación Primaria y Secundaria** donde recibían educación los pacientes antes de su ingreso hospitalario.

La Unidad cuenta en su plantilla con dos profesoras que proporcionan atención educativa al alumno hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza- aprendizaje y evitar el desfase curricular que pudiera derivarse de su situación. Las profesoras se coordinan con sus Centros de referencia, solicitando información académica y el plan de trabajo programado por los docentes de dichos alumnos, que será realizado en esta Aula Hospitalaria. Una vez finalizada la estancia, se envía un informe académico a su Centro de referencia, con la finalidad de facilitar la incorporación al mismo.

- La UADO mantiene una estrecha colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, con quien se ponen en contacto semanalmente para informar de los pacientes que se encuentran en la Unidad en situación de tutela, guarda, riesgo o abandono. En este último caso la transmisión de información es especialmente rápida, con el objeto de que se pongan en marcha las actuaciones pertinentes, llevando a cabo una actuación coordinada.

- Cuando ingresan menores en situación de guarda o tutela, se contacta directamente con residencias, centros de acogida, etc. para recabar información sobre los aspectos sociales. La trabajadora social de la Unidad realiza una coordinación frecuente con el Área de Coordinación de Centros para buscar alternativas y centros específicos para los menores que plantean estas necesidades. Los tutores o educadores de los niños en guarda o tutela son atendidos con la misma frecuencia e intensidad que las familias de origen del resto de los niños, y reciben también al alta un cuestionario de satisfacción de pacientes para su cumplimiento.

La Trabajadora Social, y en ocasiones los psiquiatras, acuden a las Mesas de menores donde son requeridos para compartir la información relevante respecto a menores en situación de riesgo.

Alianzas con otras organizaciones

- Otras unidades de hospitalización de Adolescentes de distintos hospitales.

Hemos tenido diversos encuentros con trabajadores del Hospital Niño Jesús de Madrid, Hospital Clínico de Barcelona y el Hospital Benito Menni de Barcelona, tanto invitados por ellos en sus centros de trabajo, como en nuestro propio hospital. Además como se ha expuesto anteriormente todos los responsables de las distintas Unidades que han abierto en estos últimos años en territorio nacional han visitado o rotado en nuestra Unidad.

La UADO ha establecido un acuerdo con otras unidades que tratan a la misma población dentro de la Comunidad de Madrid o en otras Comunidades Autónomas, para tratar a los pacientes que no puedan ser ingresados en estos centros por problemas de plazas. Debido al sistema de gestión de camas que seguimos, que ha

asegurado la cobertura sanitaria necesaria para nuestra población de referencia mediante una gestión ágil de altas de pacientes estabilizados e ingresos de pacientes en situaciones de crisis, se ha conseguido que en estos 7 años sólo en una ocasión, y por tiempo inferior a las 48 horas, un paciente de nuestras áreas de referencia tuviera que ser derivado a la Unidad de otro hospital por no disponer de camas en ese momento. En más de 100 ocasiones se han ingresado pacientes de otras áreas por no disponer el hospital de referencia de camas.

- Universidad. Se realizan acuerdos con distintas Universidades para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones. Dos de los psiquiatras son Profesores Asociados de Psiquiatría de la Universidad Complutense y otros dos son profesores honorarios de psicología de la Universidad Complutense. Dos miembros del personal de enfermería son profesores de la Escuela de Enfermería de Madrid en la Especialidad de Salud Mental.
- A través del Ayuntamiento de Madrid hemos establecido un acuerdo para que la ONG “Save the Children” organice actividades en la Unidad. Estas actividades se incrementan en periodos vacacionales (verano, Semana Santa y navidades) cuando no hay actividades escolares.
- En estos momentos no se mantiene ninguna coordinación con otras organizaciones que prestan servicios como comida, limpieza, suministros etc, ya que estas alianzas son gestionadas directamente desde las direcciones correspondientes del hospital y no desde la Unidad, por lo que se escapa de nuestra capacidad de decisión.
- Trabajadores de la Unidad presiden o son vocales de las comisiones de Investigación, Docencia, Farmacia y Biblioteca del hospital, además de participar en la Comisión de Docencia del Área.

4.B. GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS.

Los recursos económicos y financieros son gestionados de forma centralizada por el Departamento de Gestión Económica del hospital, por lo que quedan totalmente fuera de la responsabilidad de la Unidad.

4.C. GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y

MATERIALES.

Tanto la infraestructura como la gestión financiera y la provisión de material es responsabilidad del hospital. La responsabilidad de la Unidad al respecto se limita al estudio constante de las posibilidades de infraestructura, equipos y materiales que más pueden beneficiar a la población atendida, logrando así disponer de un espacio terapéutico seguro y adecuado para los adolescentes.

En cuanto a la infraestructura, los profesionales de la Unidad han estudiado y solicitado a la dirección correspondiente todos los recursos que se consideran necesarios. Aunque quedan aspectos mejorables en el sistema de seguridad, la aportación de datos objetivos sobre la necesidad de recursos e instalaciones y la correcta gestión en la solicitud de los mismos ha supuesto que en la actualidad la UADO se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente. Algunas de las características de las instalaciones logradas durante estos años han sido:

- Mobiliario de máxima seguridad en todas las instalaciones de la Unidad. Fijación de camas, mesillas y taquillas para evitar incidentes.
- Puertas de seguridad en las habitaciones, de forma que sea posible la salida de la habitación en cualquier momento (para momentos de emergencia) pero no la entrada a la misma. La puerta de acceso a la unidad no cumple estas características sino que permanece constantemente cerrada, aunque si se activa la señal de incendio de abre automáticamente.
- Colchones ignífugos en todas las habitaciones, detectores de humo y sistema contra incendios.
- Cámaras de seguridad que vigilan las habitaciones donde se hayan hospitalizados pacientes en situación de riesgo (por lo tanto con necesidad de vigilancia constante). Las cámaras de seguridad tienen sistema de infrarrojos para control nocturno. Estas cámaras estaban situadas hasta el año 2007 en algunas habitaciones, pero a petición del grupo de mejora de seguridad se solicitó un sistema de cámaras más moderno que además estuviese en todas las habitaciones, lo que se ha conseguido recientemente.
- Sistemas de seguridad en los cuartos de baño, como espejos irrompibles y duchas empotradas para evitar la posibilidad de suicidio mediante cortes o ahorcamiento.
- Ventanas clausuradas, con sistema de persianas especialmente diseñado para detectar restos de vómitos alimenticios y cristales blindados con persiana entre el doble cristal. Ausencia de barras y cortinas.

- Armario con herramientas para casos de emergencia, como llaves, palancas, etc.
- Botones de alarma en todos los despachos.
- Disponibilidad de un guarda de seguridad en recepción perteneciente al hospital, que acude a la Unidad en casos de necesidad.

Además se siguen normas básicas de seguridad en todas las actuaciones que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes. Algunas de estas normas son el control de uso de encendedores y colillas (está prohibido fumar en la Unidad), control de colonias, lociones o enjuagues bucales, evitar el uso de recipientes de vidrio, mantener objetos personales punzantes o cortantes y útiles de afeitado bajo control, evitar piercing, cordones de zapatos y cinturones en la unidad, mantener la medicación bajo llave y controlar constantemente los útiles de limpieza.

El servicio de seguridad del hospital revisa periódicamente la seguridad de las instalaciones y comprueba que todo esté de acuerdo a la normativa vigente. Los profesionales de la Unidad también intentan mejorar constantemente la seguridad de las instalaciones. Recientemente, por ejemplo, se ha revisado la ubicación de las infraestructuras en la habitación de seguridad (se ha colocado la cama en el centro y se han quitado la mesilla y la taquilla.) y se han instalado cámaras e infrarrojos en todas las habitaciones y habitación de reflexión.

Además de seguridad, la Unidad debe proporcionar un ambiente adecuado, amable y terapéutico. Para ello trabajamos en que la Unidad sea lo más acogedora posible y que los adolescentes cuenten con espacio para realizar actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales. Como ejemplo del estudio constante de la adecuación de las instalaciones, el Jefe de Sección de la Unidad y la Supervisora de enfermería realizaron un proyecto de los beneficios y las posibilidades de contar con una terraza cubierta en las instalaciones de la Unidad para que los adolescentes cuenten con un espacio de expansión y juego. El proyecto ha sido entregado a la dirección correspondiente y todos los años se solicita de nuevo una respuesta de la misma al respecto. Ante la tardanza para la aceptación del proyecto los trabajadores, tras detectar en los cuestionarios de satisfacción que esta era una demanda de los clientes, han llevado a cabo la iniciativa de hacer una hoja de firmas de petición de los clientes para entregar a la Dirección.

Para evaluar la adecuación de las instalaciones se cuenta fundamentalmente con dos métodos:

indicadores de seguridad y de incidentes críticos para evaluación de la seguridad y encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales para evaluación de la comodidad y adecuación.

En cuanto a los materiales, aunque son también gestionados y proporcionados por el hospital, la Unidad realiza el estudio y solicitud de materiales didácticos y terapéuticos adecuados para esta población. Entre la dotación de material para juegos se han solicitado pelotas de espuma, ping-pong, bolos, juguetes para deficientes, etc. El material fungible es gestionado por la Supervisora de enfermería por medio de pedidos al almacén o al servicio de compras del hospital.

La gestión de mantenimiento de la Unidad se lleva a cabo también de forma centralizada por el servicio del hospital, por lo que no tenemos un sistema para ello. La Supervisora de enfermería comunica la necesidad del servicio de mantenimiento cuando se producen desperfectos en la unidad y registra las incidencias.

La gestión de residuos externos e internos así como el reciclaje en la Unidad se realiza, como en el resto del Hospital, siguiendo la regulación en materia de residuos sanitarios (Ley 10/1998 de Abril de Residuos y Decreto 83/1999 de 3 de Junio). Además, voluntariamente se llevan a cabo iniciativas como el reciclaje de papel y pilas y en las actividades de terapia ocupacional se utiliza material reciclado y además se recicla el material que se utiliza

4.D. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

La prescripción electrónica se instaló en nuestra Unidad como una de las experiencias pilotos dentro del Hospital. Las acciones realizadas para asegurar la implantación y buen funcionamiento del sistema han sido varias. Antes de su instalación tanto el personal médico como de enfermería recibió formación para aprender a manejar el software y el dispensador de medicación (PIXIS). Poco después de la instalación se puso en marcha un sistema de consulta con el responsable de Farmacia según el cual se corregían los errores y desviaciones del sistema. Más adelante, se organizaron reuniones semanales entre dos responsables (un psiquiatra y la supervisora de enfermería) que se han encargado de recoger los defectos detectados y las sugerencias de posibilidades de mejora del sistema realizados por todo el personal de la unidad. Esto ha posibilitado la adecuación del sistema a las necesidades específicas de la Unidad y la corrección pronta de las disfunciones del sistema.

Todos los despachos de consultas cuentan con ordenadores conectados con Intra e Internet. Esto permite el acceso a los historiales de los pacientes, resultados de analíticas, recepción de pruebas de imagen del hospital materno infantil, etc. Se ha instalado también un ordenador en el office de enfermería y una impresora digital en el control de enfermería, dónde se imprimen las hojas de prescripción electrónica. Además disponemos de un espacio en intranet específico para la UADO accesible desde cualquier ordenador del personal, lo que permite tener documentos, presentaciones, artículos que los trabajadores pueden salvar y utilizar cuando necesiten.

Para el mantenimiento de la tecnología se mantienen contacto periódicos y fluidos con mantenimiento e informática del hospital. La complejidad creciente de toda la información en la página Web de la Unidad (www.hggm.es/ua) ha hecho que en el año 2005 se contraten los servicios externos de un Web manager que actualiza y mejora de forma continúa esta página Web.

4.E. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO.

La información que se maneja en la Unidad se puede dividir fundamentalmente en cuatro subgrupos: información clínica, información clínica personalizada, información de gestión y gestión del conocimiento.

La gestión de los datos se realiza según un programa (SISCAM) gestionado por el Servicio Informático de la Comunidad de Madrid (I.C.M). La administración, el acceso y la explotación de los datos contenidos en la Historia Clínica e introducidos en la base de datos se rigen por la legislación vigente. Las dos leyes básicas que ordenan el manejo de los datos son la Ley de Protección de datos (LO 15/1999) y la Ley Básica de Autonomía del paciente.

La información referida a cada paciente ingresado en la Unidad queda registrada en la Historia Clínica personalizada según modelo estandarizado implantado en todo el hospital. Algunos documentos, como la hoja de valoración al ingreso de enfermería, se han adaptado a la población adolescente psiquiátrica por parte de los profesionales de la Unidad. La información de la historia clínica sirve el propósito de garantizar la asistencia y continuidad de cuidados del

paciente. La estructuración de los datos, modelos de recogida de información, aplicaciones y normativa referida a la explotación de los datos contenidos en la misma, se rigen por procedimientos generales aplicables a todo el hospital recogidos en el Reglamento de Historias Clínicas, documento que se actualiza periódicamente y ajusta a la legislación vigente y el Reglamento de Archivo Central, lugar donde se almacenan y custodian. La Unidad ha definido su propio sistema de organización de los documentos en la historia, con el propósito de facilitar el uso de la historia mientras el paciente permanece ingresado y garantizar una rápida localización de los mismos por los profesionales autorizados.

Toda historia clínica archivada debe incluir el informe de alta del paciente. Esto se ha realizado en el 100% de los casos de pacientes ingresados. En él se recogen los procedimientos, evolución y diagnóstico clínico realizados y referidos al proceso que motivó el ingreso del paciente. Este informe es realizado según un modelo estructurado e incluye el juicio diagnóstico según el modelo multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos en 6 ejes propuestos en la CIE 10: I, Trastorno mental; II, trastornos del específicos del desarrollo psicológico; III, Retraso mental; IV, Otros procesos físicos asociados; V, Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud; VI, GAF o C-GAF para menores de 16 años.

Además de estos datos, como iniciativa de mejora de calidad propuesta por los propios trabajadores de la Unidad, creamos una base de datos de nuestros pacientes hospitalizados, con información como variables sociodemográficas, diagnóstico, características clínicas familiares, datos terapéuticos,

evolutivos, de derivación etc. La introducción y la explotación de datos incluidos en la misma son responsabilidad de los facultativos de la Unidad y cumple los requisitos de la ley de protección de datos. La información consecutiva a la explotación de los datos es susceptible de ser empleada además de con finalidades de gestión y mejora de la Unidad y de los procesos que en ella tienen lugar, para docencia, investigación y comunicación con agencias externas (reuniones de coordinación). Esta base contiene datos clínicos y está anonimizada siguiendo las directrices de la Comisión de Ética Clínica del Hospital.

Aparte de estas bases de datos, en la UADO se utilizan los programas informáticos proporcionados por el hospital y necesarios para las distintas actividades administrativas y clínicas. Algunos profesionales han recibido formación sobre ellos mediante cursos proporcionados por el servicio de formación de la Comunidad de Madrid y por el Servicio de Informática de la Comunidad de Madrid (I.C.M.).

Existe una página Web de la Unidad de adolescentes en la que hay disponible información sobre los objetivos, funcionamiento, resultados y servicios de la Unidad de adolescentes. Esta página tiene también información sobre patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes y familiares. La página está teniendo más de 2500 visitas mensuales durante el año 2007.

La gestión del conocimiento es un factor fundamental en nuestra Unidad, que se realiza mediante las múltiples fuentes de aprendizaje e investigación de los profesionales que hemos expuesto en el criterio 3.

**CRITERIO 5.
PROCESOS**

5.A. DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS.

Para gestionar los procesos de la UADO, estandarizando la práctica clínica y estableciendo sistemas de trabajo estructurados que aumenten la eficiencia, se utilizan tres instrumentos principales: protocolos, guías clínicas y gestión de procesos.

Los protocolos establecen las pautas básicas de actuación para determinadas patologías y ante contextos y situaciones críticas de la unidad. Se han definido ya más de 30 protocolos específicos para la unidad. Cada uno de estos protocolos tiene bien definido su principio, su final, un responsable dentro del equipo terapéutico y ha sido presentado al comité ético de asistencia del Hospital. A pesar de contar con una guía de actuación para cada una de estas situaciones, la actuación se adapta a las características propias de cada paciente concreto. Para los protocolos clínicos, el desarrollo de las guías de actuación se llevó a cabo de forma participativa, implicando a tantas categorías profesionales como era posible. De esta forma se potenciaba la implicación de los profesionales en su aplicación y posterior evaluación.

Se realiza también una evaluación de la aplicación y el funcionamiento de los protocolos. Como la evaluación exhaustiva de todos los protocolos no es posible, por la carga de trabajo que supondría la recogida sistemática de tal cantidad de información, se hacen evaluaciones puntuales de protocolos seleccionados cuando se observa alguna anomalía en su aplicación o se detecta la necesidad de introducir alguna mejora. La necesidad de revisión de un protocolo se expone en las reuniones trimestrales de gestión y los resultados de dicha evaluación son expuestos en la siguiente reunión. Por ejemplo, recientemente se ha realizado la evaluación del protocolo de aislamiento, llevada a cabo por la psicóloga clínica de la Unidad, que ha recogido información de todos los casos de aislamiento llevados a cabo en un periodo de tres meses, llevando a cabo una revisión individual de cada uno de los casos, en la que se recogían datos como: turno en que se produjo el incidente, tiempo pasado desde el ingreso, diagnóstico, número de trabajadores que había en la Unidad, motivo del aislamiento, etc. Tras el análisis se acordó cambiar el protocolo para asegurar un mejor abordaje del menor, tomando medidas como por ejemplo acortar el tiempo de estancia en la sala de reflexión. Además, como método de evaluación de estos protocolos, la Unidad

ha tenido jornadas de trabajo con Unidades similares de otros hospitales, en las que los responsables de enfermería y psiquiatría se reúnen para comparar sus procesos, indicadores y resultados.

Las guías clínicas tienen la finalidad de ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas. Se han realizado guías clínicas de tratamiento de conducta alimentaria y trastornos psicóticos, así como guías terapéuticas para los principales psicofármacos en población infanto-juvenil.

Respecto a la gestión de procesos, en la autoevaluación realizada en el año 2003 se identificó la necesidad de definir los procesos clave de la Unidad para gestionarlos adecuadamente, para lo que se creó un grupo de trabajo. Este grupo de trabajo se encontró con bastantes dificultades en una primera etapa, debido principalmente a la falta de conocimientos específicos sobre gestión por procesos de los integrantes del grupo. Para paliar este problema, la UADO solicitó formación en esta materia a la Unidad de Calidad del hospital. Ante esta solicitud, el hospital ha organizado y financiado un curso de procesos para trabajadores de la unidad al que acudieron 11 personas (incluyendo todos los integrantes del grupo de procesos y los integrantes del equipo evaluador del modelo EFQM). Tras la formación, el grupo identificó el proceso de atención al paciente como el proceso clave de la Unidad, que a su vez estaba compuesto por los subprocesos de admisión, tratamiento y alta. Se ha trabajado especialmente el subproceso de admisión, identificando todas las posibles vías de entrada del paciente tanto urgente como programado, bien desde una de nuestras áreas de referencia o bien desde otra área sanitaria o Comunidad Autónoma. Se identifica la actuación de los profesionales en este subproceso la información disponible durante el mismo.

5.B. INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR.

La información recogida de pacientes y familiares y de los propios trabajadores se traduce en mejoras en el funcionamiento de la Unidad para adaptarse a sus expectativas.

Toda la estructura física, humana y organizativa de la Unidad tiene como líneas conductoras básicas el proporcionar un ambiente seguro y a la vez contenedor y de apoyo para los pacientes. Así, además de proporcionar un tratamiento adecuado y actualizado, la Unidad debe tener en consideración las necesidades evolutivas de los adolescentes, teniendo en cuenta que durante un tiempo (breve) la Unidad va a ser su lugar de residencia. Los adolescentes, sanos o enfermos, viven contiendas propias de su edad, como el conflicto con la norma y la necesidad de que se les informe, explique y tenga en cuenta dentro de los límites que su nivel de autonomía, maduración y capacidad cognitiva permita. Necesitan la relación con los iguales como referentes de actuación y establecimiento de relaciones interpersonales, toleran mal el aburrimiento, tienen un nivel de impulsividad mayor que el de los adultos, que se refleja en “actuaciones” en muchos momentos de frustración, malestar, aburrimiento, y que puede llevar a la confusión en la interpretación de actitudes anti-normativas o agresivas. La formación del personal en el significado de las conductas adolescentes, y la estructuración de la planta dando respuesta a esas necesidades evolutivas son elementos de primer orden en la creación de un ambiente tranquilo y contenedor de angustias y agresividad.

Así, por ejemplo, se constituyó la Asamblea como espacio en que los adolescentes pueden preguntar por la razón de ser de las normas y hacer peticiones. Por ejemplo, ante la petición de los pacientes de ver películas de video en la Unidad, y entendiendo que este entretenimiento no supone una interferencia en el proceso terapéutico, se organizaron sesiones de video durante los fines de semana. Bajo este mismo criterio se han puesto en marcha otras actividades de ocio como talleres de belleza, cine forum, debates o coloquios, karaokes, juegos de mesa diversos (“Pictionari”, “Trivial”, “Party”), siendo elegida la actividad por el equipo de enfermería en función de las características del grupo de adolescentes en un momento dado. La actividad que realizarán los adolescentes durante el fin de semana también es elegida por los pacientes en la Asamblea. Se ha puesto en marcha también un grupo de ocio y manualidades todos los días de diario gracias al aprendizaje previo llevado a cabo por el personal de enfermería durante las sesiones de terapia ocupacional. Estas actividades de ocio y ocupacionales ha sido recibidas de forma muy favorable por los adolescentes. En Navidad se organizan actividades creativas como belenes o christmas, que se venden al público, en el hall de psiquiatría y con lo recaudado se

hacen meriendas para los pacientes, o para comprar material nuevo, juegos etc.

Otras veces la innovación en los procesos proviene de sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población. Un ejemplo sería la adaptación del servicio de biblioteca de pacientes a los pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalarios. La biblioteca ofrece el servicio de préstamo de libros, información sobre páginas web, videos de poesía, CDs educativos, etc. Estos materiales se utilizan como un modo de normalizar las actividades de la Unidad con la sociedad, como método para facilitar la reincorporación al colegio y acercamiento a la cultura. Para ello, el responsable de la biblioteca necesita de una estrecha coordinación con el servicio de enfermería y psicología de la Unidad, con quien intercambia información sobre las características de la patología del paciente y por lo tanto los temas de libros que pueden no ser beneficiosos en su proceso terapéutico. Una actividad que se ha encontrado especialmente beneficiosa es la lectura y comentario de cuentos, al observar que en el comentario del cuento los pacientes proyectan parte de sus problemas. Esta información es posteriormente transmitida entre el responsable de biblioteca y el servicio de enfermería y de educación, para ampliar el conocimiento del paciente.

Ante el estudio de datos de satisfacción de familiares se vio la necesidad, por parte de los profesionales, de poner en marcha un grupo terapéutico de padres semanal, que lleva funcionando dos años.

Como último ejemplo, en la actualidad el personal de enfermería está iniciando un nuevo servicio de educación e información a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria ingresados en la Unidad que van a casa el fin de semana. El proyecto surge de la solicitud de los padres y de la observación de los trabajadores de esta necesidad. En este primer paso, el servicio se está poniendo en marcha siendo la enfermera responsable del caso quien lleva a cabo la formación a la familia. Una vez se observen los resultados de la experiencia se definirá la práctica y se incluirá en el protocolo correspondiente.

Es importante destacar también las actividades de innovación dirigidas al sector en general. Uno de los ejemplos de investigación es que la unidad está actualmente desarrollando nuevas moléculas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas

5.C. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES.

Los procesos que se llevan a cabo en la Unidad, organizados según una estructuración básica de procesos de gestión, procesos operativos y procesos de soporte, quedan reflejados en la tabla 5.C.1.

El proceso de gestión es el relacionado con las actividades estratégicas de la organización, adecuando los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes. Ayuda a una organización eficiente de los procesos operativos.

Los procesos operativos o procesos clave serían los procesos que están en contacto directo con el usuario. Teniendo en cuenta la definición de cliente adoptada por la Unidad, los procesos operativos son aquellos que tienen mayor impacto sobre la tarea básica de la Unidad, el tratamiento de los pacientes y la atención a sus familiares, ya que ambos grupos son considerados usuarios directos de la Unidad. Estos procesos son el objetivo final de la existencia de la Unidad.

Los procesos de soporte son aquellos procesos que generan recursos que necesitan los otros dos tipos de procesos para poder llevarse a la práctica. En la UADO, estos procesos están proporcionados por servicios centrales del hospital y por lo tanto escapan del ámbito de actuación de la Unidad.

TABLA 5. C. 1.	
PROCESOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO- JUVENIL DEL H.G.U.G.M.	
PROCESOS DE GESTIÓN	- Proceso de gestión de la Unidad:
PROCESOS OPERATIVOS	- Proceso de atención a pacientes: subprocesos de admisión, tratamiento y alta.
	- Proceso de atención a familiares
PROCESOS DE SOPORTE	- Procesos de soporte del hospital

A. Proceso de gestión:

La gestión de la Unidad se apoya en la gestión de calidad, que comienza con la realización de la autoevaluación EFQM. Este es el punto inicial para estructurar las iniciativas de mejora de calidad, sirve de análisis objetivo de la situación de la Unidad y a

partir de aquí se estructurarán planes de mejora de la calidad y métodos de evaluación de resultados.

Para gestionar adecuadamente la Unidad, se pone especial énfasis en la coordinación interinstitucional, que supone la coordinación con los dispositivos de quienes recibimos o a quienes derivamos pacientes, y de otras organizaciones que tratan a la misma población y, por lo tanto, con quienes podemos establecer relaciones de intercambio de información y aprendizaje común. Las relaciones establecidas con estos organismos y los sistemas de relación con ellos están explicados detalladamente en el criterio 4.A. Junto al proceso de gestión de la unidad, hay dos líneas de referencia (que se podrían considerar de alguna forma sub-procesos): la investigación y la docencia.

Respecto a la investigación, en la Unidad se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas y básicas. Muchas de estas investigaciones se hacen en colaboración con centros nacionales e internacionales. Para la mayoría de estas investigaciones se solicita financiación pública a través de las convocatorias establecidas para dichas ayudas. Todas las investigaciones son presentadas al Comité de Ética e Investigación del hospital y el inicio de las investigaciones se lleva a cabo después de contar con el visto bueno de dicho comité. La participación en todos los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Los resultados de la Unidad en cuanto a Investigación son muy positivos, tal como se refleja en el subcriterio 9.A.

Docencia: El Hospital Gregorio Marañón está asociado a la Universidad Complutense de Madrid. Estudiantes de distintas facultades y escuelas de esta Universidad reciben su docencia en el hospital. En la UADO se forman estudiantes de quinto curso de medicina y psicología, de terapia ocupacional, de trabajo social, de enfermería, residentes de psiquiatría y responsables de enfermería. Existen también acuerdos entre el hospital y otras Universidades privadas. El proceso de la docencia está gestionado desde la Universidad y el Hospital y la Unidad se limita a ofrecer docencia a los estudiantes que rotan en ella. El proceso de rotación y formación de residentes de Psiquiatría sí que está gestionado directamente desde la Unidad. Este proceso tiene como responsable a uno de los psiquiatras de la Unidad, que se encarga de recibir las peticiones que llegan a través del Jefe de docencia del hospital. El responsable de docencia de la Unidad se pone en contacto con el residente para explicarle las condiciones y disponibilidad de plazas

(actualmente están ya completos los próximos dos años por el gran número de peticiones recibidas). A la llegada de los residentes se les entrega un dossier informativo sobre aspectos básicos de la Unidad, su participación en el trabajo, bibliografía recomendada y algunos otros aspectos útiles para su formación.

Como sistema de recogida de información para incluir en la gestión, se realizan actividades de evaluación de satisfacción de familiares o tutores de pacientes y de evaluación de satisfacción de trabajadores. Estos mecanismos sirven también para evaluar el cumplimiento real de las líneas estratégicas de satisfacción de usuarios y satisfacción de trabajadores. Hay protocolos que definen la periodicidad de la evaluación, los responsables, los métodos utilizados y cómo se utilizará la información recogida.

B. Procesos operativos:

Procesos de Atención a pacientes:

Dentro de los procesos operativos, hemos identificado un proceso único y central que es el proceso de atención a pacientes, que a su vez estaría compuesto por los subprocesos de admisión, tratamiento y alta.

El subproceso de admisión cubre tanto la admisión en sí misma como la acogida, que es especialmente importante ante la incertidumbre que en el momento del ingreso viven tanto pacientes como familiares. Para la admisión se ha definido la información disponible para cualquier dispositivo que necesite derivar un paciente a la Unidad (ya sea de una de nuestras áreas sanitarias o de otras áreas o CCAA) y los pasos a llevar a cabo por los profesionales de la UADO. Para el proceso de acogida, está definido que la enfermera y la auxiliar responsable del caso realizan una primera entrevista de valoración en la que se recogen los datos personales, se valoran las necesidades y se informa sobre la normativa general de la planta. De esta forma, se disminuye la angustia inicial, se favorece la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería y se promueve el inicio de una adecuada relación terapéutica entre la familia y el equipo.

En cuanto al **subproceso de tratamiento**, hay que tener en cuenta que una de las líneas estratégicas de la Unidad es la unificación y homogeneización de la práctica clínica, para conseguir la equidad en el tratamiento de todos los usuarios. Para ello, se han desarrollado e implantado más de 30 protocolos y

guías de actuación, entre los que están protocolos de tratamiento a patologías concretas, como trastornos de la conducta alimentaria, protocolos de información, como el protocolo de información a los padres sobre la patología, o protocolos de consentimiento informado, modo de actuación ante incidentes como fuga o no retorno de un paciente, éxitus, amotinamiento o contención mecánica. Se han descrito también pautas de actuación homogéneas para situaciones como conducta oposicionista-negativista de una o más personas y tipificación de faltas y sanciones.

Los protocolos suponen un marco general de actuación en distintas situaciones y guías de buena práctica, pero el tratamiento específico de los pacientes se individualiza según sus características. Cada paciente tiene un psiquiatra responsable que se encarga de su tratamiento globalmente, que es quien decide las valoraciones complementarias necesarias, las interconsultas, las exploraciones complementarias, el tratamiento farmacológico, y el momento del alta. Además, consensúa las pautas de actuación de los distintos profesionales hacia el paciente. Esta responsabilización individual de cada paciente no va en menoscabo de una uniformidad de criterios en cuanto a los tratamientos básicos. Para ello, todos los casos se comentan cada día en la reunión de equipo y de forma más extensa en la primera reunión semanal tras su ingreso, donde el psiquiatra responsable comparte con el resto del equipo su plan terapéutico

El tratamiento de los pacientes incluye el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicoterapéutico individual (basado fundamentalmente en principios de intervención en crisis), el tratamiento grupal y el tratamiento institucional (todas las actividades y actuaciones organizadas en la Unidad y que tienen una intención terapéutica). El tratamiento grupal se ha organizado en sesiones de terapia de grupo diarias lideradas por una de las psiquiatras y un observador (residente de psiquiatría en general), y se basa en un proyecto de terapia en la unidad desarrollado por escrito al principio de su andadura, y que se ha revisado en una ocasión.

Para mantener la escolarización de los pacientes, la Unidad cuenta con dos profesoras de secundaria pertenecientes al programa de atención educativa dirigido a la población hospitalizada desarrollado por la Consejería de Educación de la CAM para permitir la continuidad del proceso educativo, favorecer su promoción académica y facilitar un marco educativo en los hospitales próximo a las necesidades

psicosociales y afectivas de los pacientes. El trabajo de las profesoras del Aula se lleva a cabo dentro del protocolo terapéutico y siempre en coordinación con los demás profesionales. Las profesoras se ponen en contacto con los Colegios o Institutos de referencia para solicitar el currículum que debe trabajar el alumno durante su estancia en el hospital. En los casos necesarios, el paciente hace los controles en el aula hospitalaria. El trabajo llevado a cabo en este Aula es supervisado por los organismos correspondientes de la Consejería de Educación. Este servicio de formación ha demostrado tener unos resultados excelentes, tal como indican verbalmente los profesionales de los centros de educación a las profesoras de la Unidad, y como demuestra el hecho de que muchos adolescentes que habían abandonado previamente el sistema educativo antes de su ingreso en la Unidad, lo vuelven a retomar después del alta. Se ha realizado una encuesta de satisfacción y expectativas a los pacientes con el servicio de formación, cuyos resultados se incluyen en el subcriterio 6.A

Para el **subproceso de alta y seguimiento**, la Unidad tiene definidos criterios de calidad como por ejemplo que el paciente obtiene siempre el informe de alta en mano antes de dejar la Unidad, que se le gestiona la cita con el servicio de salud mental de distrito desde la misma UADO con una espera en general inferior a una semana desde el día del alta y que el profesional responsable del caso en la Unidad de hospitalización se pone en contacto con el profesional que lleva el caso en la consulta ambulatoria. En aquellos casos de implicación social relevante, la Trabajadora Social se pone en contacto con los Servicios Sociales y redes de apoyo social correspondientes.

Además, con el objetivo de evaluar los efectos del tratamiento durante el ingreso, se recoge la información de la evolución sintomática con una escala psicopatológica validada para el seguimiento de los síntomas tanto en condiciones ambulatorias como de ingreso hospitalario. Para posibilitar la evaluación de las características de los ingresos, se ha puesto en marcha una base de datos, de cumplimentación al alta de cada paciente, que incluye variables socio-demográficas, familiares y clínicas. Esta base está anonimizada, se completa con un registro de pacientes con los datos personales disociados de los clínicos, y ha sido aprobada por el Comité de Ética Clínica Asistencial del Hospital.

La **información a los pacientes** es una necesidad constante que abarca los subprocesos de admisión,

atención y alta. Las normas del funcionamiento de la Unidad están disponibles en todas las habitaciones para conocimiento del paciente, el paciente recibe información sobre su enfermedad y evolución clínica en las entrevistas terapéuticas con el profesional responsable de su caso, y siempre que sea necesario recibe información de los demás profesionales de la Unidad, especialmente del personal de enfermería, con quien mantiene contacto constante. Semanalmente se realizan dos asambleas de pacientes con el personal de enfermería donde los pacientes expresan quejas y consultas sobre las normas de funcionamiento de la Unidad. El acta de la Asamblea se lee en la Reunión semanal para contestar a los pacientes en la siguiente Asamblea aquello que no puede ser resuelto en el momento. En estas reuniones, los pacientes reciben información directa sobre los motivos de la aceptación o negativa de sus quejas y sugerencias y de las iniciativas que se ponen en práctica teniendo en cuenta sus opiniones.

Procesos de atención a familiares:

La información a familiares, identificado como uno de los factores de calidad asistencial más importante para los usuarios de servicios sanitarios, sobre todo al tratarse de adolescentes, está protocolizada: los familiares o tutores legales del paciente tienen una entrevista con los profesionales responsables del caso en el momento del ingreso en la que se les entrega una hoja informativa y el tríptico de la UADO y se les resuelven las dudas que puedan presentar, otra entrevista semanal durante el tiempo que esté ingresado el paciente, y una última reunión justo antes del alta en la que se informa de orientación, derivación, pronóstico, recomendaciones terapéuticas y necesidades de seguimiento. En el momento del ingreso el personal de enfermería enseña a la familia toda la Unidad y les entrega documentación con las normas de funcionamiento. Además, la DUE responsable del caso se pone en contacto con los familiares o el tutor diariamente para informar de los progresos clínicos y cualquier incidencia ocurrida. Además, el personal de enfermería recibe y da información a la familia en visitas o salidas.

Según el artículo 10 de la Ley General de Sanidad sobre consentimiento informado, existe una obligatoriedad de consentimiento informado del paciente o sus representantes legales ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como la facultad de éste de rechazar el tratamiento. En la Unidad, tanto los pacientes como la familia reciben una información puntual y adaptada para facilitar la

comprensión de los diagnósticos, procedimientos e intervenciones indicadas. Se emplean protocolos de consentimiento informado de dos tipos: aquellos que son generales y aplicados por el resto de los servicios del hospital y los específicos de las unidades de psiquiatría. En estos momentos existen dos procedimientos específicos de psiquiatría: el protocolo de administración de T.E.C. (Terapia Electroconvulsiva) y el de clozapina. En el caso de la clozapina, debido al riesgo que tiene asociado a efectos secundarios (1% de riesgo de desarrollo de agranulocitosis) el Ministerio de Sanidad establece controles consistentes en protocolos estandarizados que han de ser completados por el facultativo prescriptor para la dispensación por la Dirección General de Farmacia del medicamento. También se han realizado hojas informativas para otros psicofármacos como litio o carbamacepina.

Aunque es difícil separar la información que se proporciona a los familiares de pacientes del apoyo psicológico a los familiares, puesto que ambas cosas se dan en un proceso común de interacción con los profesionales del centro, dividimos ambos aspectos entendiendo que el apoyo psicológico va más allá de la mera información sobre el estado de salud de su familiar para profundizar en información general y estrategias de afrontamiento ante la situación de tener un hijo con una enfermedad mental. La actividad principal para este objetivo son grupos terapéuticos de padres semanales. Los objetivos generales de estos grupos tienen que ver con la prevención y la disminución del estrés familiar ante el ingreso de un hijo con patología en la Unidad, y proporcionan a la familia estrategias de actuación y afrontamiento de conductas problemáticas en el adolescente. También se les proporciona información general sobre los recursos sanitarios, educativos y redes de apoyo social a los que acudir.

C. Procesos de soporte:

Los procesos de soporte están gestionados en gran medida por los servicios centrales del hospital, que proveen estos servicios para todo el centro hospitalario. La responsabilidad de los trabajadores de la Unidad, por lo tanto, está limitada a la puesta en práctica de las directrices marcadas y a la transmisión de información a los servicios correspondientes.

5.D. PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN, DE PRODUCTOS Y DE SERVICIOS.

Previo a la recepción del paciente se lleva a cabo el sistema de gestión de camas por el personal de enfermería. Mediante un efectivo sistema de estudio de la situación de los pacientes ingresados y el alta a tiempo, se ha conseguido que en los años de funcionamiento solo se haya tenido que derivar a un paciente de nuestras áreas de referencia a otros hospitales. Además, esta gestión de camas ha sido lo suficientemente ágil como para poder ingresar a pacientes de otras áreas sanitarias e incluso de otras comunidades autónomas que no contaban con los recursos necesarios.

Como ya se ha indicado previamente, la Unidad ha puesto especial atención al proceso de seguimiento de pacientes tras obtener el alta, creando su propio sistema de evaluación de seguimiento anual. El primer paso consistió en un estudio en que se pretendía poder relacionar algunas variables de la evolución de los pacientes con aspectos relacionados con el tratamiento, tanto durante el ingreso como después del alta. Para ello, se realizó durante un tiempo un seguimiento de los casos, consistente en la administración de un cuestionario telefónico. A continuación se remitía un dossier de cuestionarios a la familia y paciente, y un cuestionario al profesional de referencia. Este estudio se basaba en que la evolución de la patología infanto-juvenil depende, no solo del diagnóstico y otras variables individuales, sino también de la continuidad de cuidados, la idoneidad de los mismos, y algunas variables socio-familiares. En este estudio se observó que la evolución de los pacientes después del alta hospitalaria dependía de variables familiares, más que de la gravedad de los síntomas o de la patología, al ingreso. Los resultados de este estudio refuerzan el énfasis que se debe poner en distintos aspectos del tratamiento (adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, trabajo con las familias, derivación al alta, etc.) desde la propia Unidad. Además, se han difundido los resultados en congresos de la especialidad. Una segunda intención será difundir los resultados a los profesionales que atienden a estos pacientes y valorar el establecimiento de un sistema de seguimiento de todos los pacientes desde la Unidad, que sea el idóneo en base a los resultados obtenidos sobre las variables más relevantes.

5.E. GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES.

La gestión y mejora de las relaciones con los clientes se lleva a cabo mediante varios sistemas protocolizados de recogida de información. Tal como se ha indicado (criterio 2.A.), consideramos nuestros clientes directos tanto a los pacientes como a los familiares o tutores legales de los mismos. Hemos diseñado por lo tanto métodos de recogida de información adaptados a ambos colectivos.

La información de la **satisfacción de los pacientes**, por tratarse de una población menor de edad, es de forma principalmente verbal y en un medio lo más terapéutico posible. Así, la opinión de los pacientes se obtiene durante las reuniones de discusión de quejas y sugerencias realizadas en la Unidad dos veces a la semana por el personal de enfermería, y cuando es posible se hacen modificaciones en el funcionamiento de la Unidad basándonos en estos comentarios. La gran ventaja que tiene este método de intercambio de información es que los pacientes reciben información directa del uso que se va a hacer de sus opiniones y, cuando no es posible poner en práctica sus opiniones por motivos terapéuticos, se les explica dichos motivos.

Para la recogida de **información de familiares o tutores de los pacientes** se han estructurado varios sistemas, algunos de ellos específicos de la Unidad y otros gestionados desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital:

1) Recogida de **comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias** de forma no sistemática durante las conversaciones y reuniones informativas que los distintos profesionales mantienen con los familiares o tutores legales de los pacientes durante el periodo de hospitalización de los mismos. Además, se recogen las felicitaciones por escrito y se archivan como un indicador de resultados en los clientes.

2) **Buzón de sugerencias**, situado en la planta baja del edificio de psiquiatría y compartido con las demás Unidades de psiquiatría, que ofrece la posibilidad de dar opiniones de forma anónima. Este buzón de sugerencias es gestionado de forma centralizada desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital. El S.A.P. recoge periódicamente la información, la clasifica y hace un informe global con las oportunidades de mejora para la dirección del

hospital. Este servicio informa directamente al responsable de la Unidad, a la Supervisora de enfermería o a la dirección correspondiente cuando hay alguna sugerencia relevante. Durante estos años no se han recibido muchas sugerencias en estos buzones, entendiendo este dato como una muestra de que los usuarios nos transmiten la información por los otros medios citados.

3) **Estudio de satisfacción de usuarios**, entregada a los familiares o tutores legales de los pacientes en el momento del alta. Siguiendo nuestro principio de considerar la opinión de los usuarios como una fuente de información imprescindible para una correcta gestión, los profesionales de la Unidad desarrollamos esta encuesta de satisfacción de usuarios antes de la apertura de la Unidad, por lo que disponemos de información representativa de todos los usuarios que hemos tenido desde la apertura del servicio. El cuestionario es anónimo, autoadministrado y se entrega en mano a los familiares o tutores de todos los pacientes en el momento del alta. Las preguntas cubren las dimensiones de trato recibido, competencia profesional, información recibida, instalaciones, apoyo a la familia y valoración global. En la actualidad se utiliza una segunda versión del cuestionario de satisfacción que se administraba desde la apertura de la Unidad, absolutamente compatible con el anterior para permitir comparaciones, pero simplificado y mejorado. Los padres de los pacientes han estado cumplimentando durante un año la encuesta antigua y la nueva abreviada, para su comparación posterior. Actualmente se cumplimenta exclusivamente la versión abreviada.

El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se lleva a la reunión de gestión, donde son analizados por los trabajadores. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación.

La Unidad cuenta con un protocolo de evaluación de satisfacción de usuarios donde se especifica el responsable, las actividades a llevar a cabo, instrumentos a utilizar, método y periodicidad de evaluación de resultados y periodicidad de la revisión del sistema de evaluación. Además del análisis de los datos, periódicamente se analiza el propio sistema de evaluación de satisfacción de usuarios.

Como entendemos que la comparación con otros servicios similares es necesaria para un buen análisis

de los datos obtenidos, la Unidad ha promovido el intercambio de datos con una Unidad de características muy similares a la nuestra. Se realizan reuniones periódicas con dicha Unidad de referencia en las que se estudian los procesos por lo que se han obtenido dichos resultados. Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de familiares y tutores y los datos de comparación con la unidad de referencia se presentan en el punto 6.A.

4) **Reclamaciones:** Además de los métodos empleados en el proceso de medición de la satisfacción de pacientes y familiares de los pacientes para conocer su opinión y establecer cambios basados en esta información, el hospital cuenta con un Servicio de Atención al Paciente (SAP), al que pueden acudir pacientes y familiares usuarios de todas las áreas del hospital. En este servicio se ofrece la posibilidad de presentar reclamaciones, además de proporcionar información.

Las reclamaciones constituyen una fuente de información muy importante para detectar lo que los usuarios consideran fallos en nuestra actuación.

En la Unidad no contamos con un sistema propio de recepción y gestión de reclamaciones, ya que todas las reclamaciones del hospital son encauzadas por el Servicio de Atención al Paciente. De esta forma, todas las reclamaciones referidas a la Unidad de psiquiatría adolescente son entregadas por escrito en el Servicio de Admisión de cada pabellón o directamente en el SAP que será el encargado de tramitarlas y contestarlas. Una vez se ha recibido la reclamación, ésta es enviada los responsables de la Unidad para su conocimiento, análisis y resolución. La respuesta a la reclamación será enviada al S.A.P. para transmisión al usuario. Estas reclamaciones sirven como feedback a la actuación de los profesionales de la Unidad, por lo que son posteriormente comunicadas a todos los trabajadores en las reuniones trimestrales de gestión. En el criterio 6.B. se presentan los datos de reclamaciones recibidas en la Unidad hasta el momento.

**CRITERIO 6.
RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

6.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Satisfacción de usuarios

Los usuarios son considerados el centro de nuestra actividad y, por lo tanto, conocer su satisfacción y trabajar en su mejora han sido siempre objetivos de la Unidad. Al ser usuarios menores de edad, se evalúa la satisfacción de sus familiares o tutores legales. El estudio de satisfacción de familiares o tutores se realiza según la metodología explicada en el punto 5.E. En la actualidad existen datos de un periodo de siete años. Se incluyen aquí los resultados obtenidos durante el año 2006 (último año del que existen datos completos), junto con una comparación longitudinal de los datos para observar la evolución de los mismos. Se presenta también la comparación de estos resultados con otras organizaciones del sector.

Se recogieron un total de 155 cuestionarios cumplimentados en un periodo en el que se dieron de alta de la Unidad 306 pacientes, lo que supone un índice de respuesta de 50,58%. Debido a este índice de respuesta consideramos que estas puntuaciones son representativas del conjunto de la población atendida. Además, consideramos este índice de respuesta como un dato positivo en sí mismo, que a nuestro entender refleja una muestra de confianza de los usuarios en los profesionales de la Unidad.

Índice de respuesta = 50,58%

Las puntuaciones representadas están en una escala del 1 al 10. Como puede observarse, las puntuaciones son en general muy altas, obteniendo una puntuación media global de **9,3** en el año 2006, lo que indica un grado de satisfacción más que aceptable de los familiares o tutores de los pacientes. En la tabla se pueden observar unos buenos resultados sostenidos durante los tres años evaluados. Las fluctuaciones de los resultados en estos tres últimos años son mínimas. En este último periodo de evaluación sólo hay tres ítems que obtiene una puntuación inferior a 9: competencia profesional de Trabajadora social, adecuación de las condiciones físicas de la Unidad y ayuda psicológica a la los familiares y tutores. Estos ítems han contado siempre con una menor puntuación, a excepción de la competencia de la trabajadora social, que refleja el cambio reciente de profesional y, por lo tanto, el lógico periodo de adaptación. Mejorar las condiciones físicas de la unidad y la ayuda psicológica a familiares, por lo

tanto, son los objetivos principales de este periodo. De hecho desde este año 2007 se están ofertando grupos de psicoeducación para pacientes que ya están de alta y sus familiares en horario de tarde, además de los grupos terapéuticos para padres de adolescentes ingresados que se realiza los miércoles por la mañana.

Respecto a la adecuación de las condiciones físicas de la Unidad, teniendo en cuenta que no se puede utilizar ningún tipo de material susceptible de usarse para conductas autolíticas, el Jefe de Sección de la Unidad y la Supervisora de enfermería consideran que seguir solicitando la apertura de una terraza cubierta en la Unidad que serviría como lugar de juego y recreo de los adolescentes es la mejor opción. Esta medida fue aprobada hace ya tiempo y todavía no se llevado a la práctica, pero los datos reiteran su necesidad.

Tema de la Pregunta	2003	2004	2005	2006
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,66	9,71	9,93	9,70
Puntualidad en las citas	9,34	9,43	9,46	9,46
Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	9,49	9,72	9,86	9,45
Competencia profesional de psiquiatras	9,39	9,62	9,39	9,32
Competencia profesional de psicólogo	9,50	9,61	9,43	9,41
Competencia profesional de Trabajadora social	9,33	9,69	9,46	8,95
Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras	9,86	9,83	9,82	9,69
Amabilidad y consideración en el trato de psicólogo	9,80	9,91	9,78	9,87
Amabilidad y consideración en el trato de trabajadora social	9,78	9,85	9,80	9,51
Adecuación de las condiciones físicas de la Unidad	9,06	8,92	8,78	8,71
Corrección en el trato del personal de enfermería	9,81	9,67	9,63	9,76
Competencia profesional del personal de enfermería	9,63	9,55	9,74	9,63
Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	8,98	9,16	9,26	8,97
Cantidad y corrección en el trato a los familiares	9,52	9,39	9,44	9,43
Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,44	9,43	9,31	9,27
Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,44	9,38	9,38	9,20

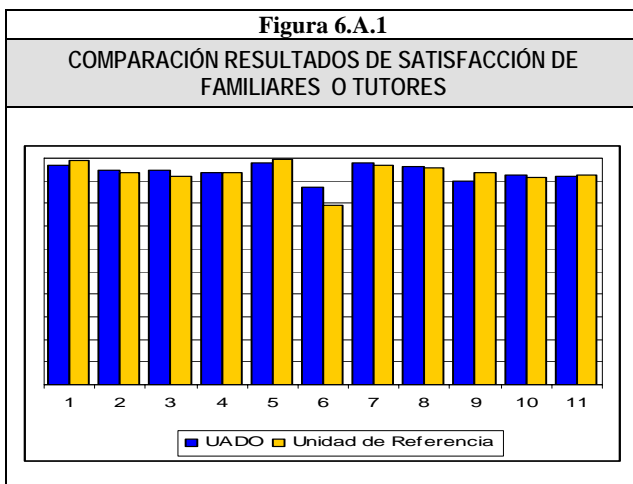
El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se analiza en las reuniones de gestión. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación. Se promueve la comparación de resultados con otras unidades del sector, en concreto

con una Unidad de Psiquiatría Adolescente de otra Comunidad Autónoma con características muy similares a la nuestra (como única diferencia destacable su población va de los 0 a los 18 años y la nuestra es de 12 a 18) y que utiliza un cuestionario de evaluación muy similar. Sólo se comparan las preguntas que son idénticas en ambos cuestionarios.

Se presenta aquí la comparación de los datos de 2006, último año completo. El análisis de la Unidad de Referencia está basado en 178 encuestas, mientras que la nuestra incluye 155. La media de puntuación de las respuestas está reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 6.A.2.		
COMPARACIÓN RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES- AÑO 2006		
Tema de la Pregunta	UADO	Unidad de Referencia
1- Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,70	9,90
2- Puntualidad en las citas	9,46	9,38
3- Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	9,45	9,19
4- Competencia profesional de psiquiatras y psicólogos	9,36	9,38
5- Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras y psicólogos	9,78	9,92
6- Adecuación de las condiciones físicas de la unidad	8,71	7,90
7- Corrección en el trato del personal de enfermería	9,76	9,70
8- Competencia profesional del personal de enfermería	9,63	9,58
9- Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	8,97	9,34
10- Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,27	9,12
11- Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,20	9,24

La comparación de respuestas agrupadas por dimensiones de satisfacción queda reflejada en la figura 6.A.2:



Los resultados obtenidos en ambas unidades son muy similares en todas las respuestas, por lo que en este último análisis no se identifica ningún área del que sea necesario intercambiar información sobre los procesos para aprender de la unidad de referencia. Se seguirán haciendo análisis comparativos con la intención de identificar áreas con mejores resultados en alguna de las dos unidades que lleven al aprendizaje mutuo.

b) Satisfacción de Centros de Salud Mental de referencia.

Ante la falta de datos de satisfacción de los centros que nos derivan pacientes y su opinión sobre la idoneidad de la continuidad asistencial actual, a principios del año 2003 se establece un sistema estructurado de estudio de satisfacción y expectativas de los Centros de Salud Mental Ambulatorios (CSM) de los distritos desde los que se derivan pacientes a la Unidad. Tras un estudio de las experiencias similares, se utiliza un cuestionario publicado, modificándolo para adaptarlo a las características de la Unidad. Se establece un protocolo de evaluación donde se define el responsable del proceso, la metodología a utilizar, la periodicidad del estudio y la utilización de resultados. Se establece también la necesidad y periodicidad (dos años) de revisión del propio sistema de evaluación.

Hasta la fecha se han realizado tres evaluaciones con este instrumento: en el 2003, 2005 y 2007. Los resultados se analizan en las reuniones trimestrales de gestión y se trabaja en las áreas que obtienen una mejor puntuación. Tras las evaluaciones del 2003 y 2005 se trabajó en la definición de un protocolo de envío periódico de información a los CSM, la simplificación del trámite de derivación y el envío del informe de alta directamente al psiquiatra del CSM.

En el año 2007 se obtienen 16 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 71%. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Índice de respuesta =71%

Tabla 6.A.3

RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL AÑO 2005

Pregunta	Media	Mediana	Desv. Típica
Conozco la Unidad y sus instalaciones	4,07	4	1,44
Conozco médico responsable de mi paciente	4,43	4	0,51
La U da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso	4,21	4	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la U.	4,47	4	0,52
La unidad dispone de recursos suficientes	3,40	4	0,83
El trámite de derivación es sencillo	3,20	4	1,15
La demora para ingreso es adecuada	4,13	4	0,64
Recibo informe de alta de hospitalización	3,87	4	1,19
El informe de alta es adecuado	4,27	4	0,80
La duración del ingreso es adecuada	3,67	4	0,72
Los pacientes y/o familiar me refieren satisfacción con la U.	3,73	4	0,80
La continuidad de cuidados es muy adecuada	3,87	4	0,74
Me interesa recibir los datos de la Unidad	4,40	4	0,83

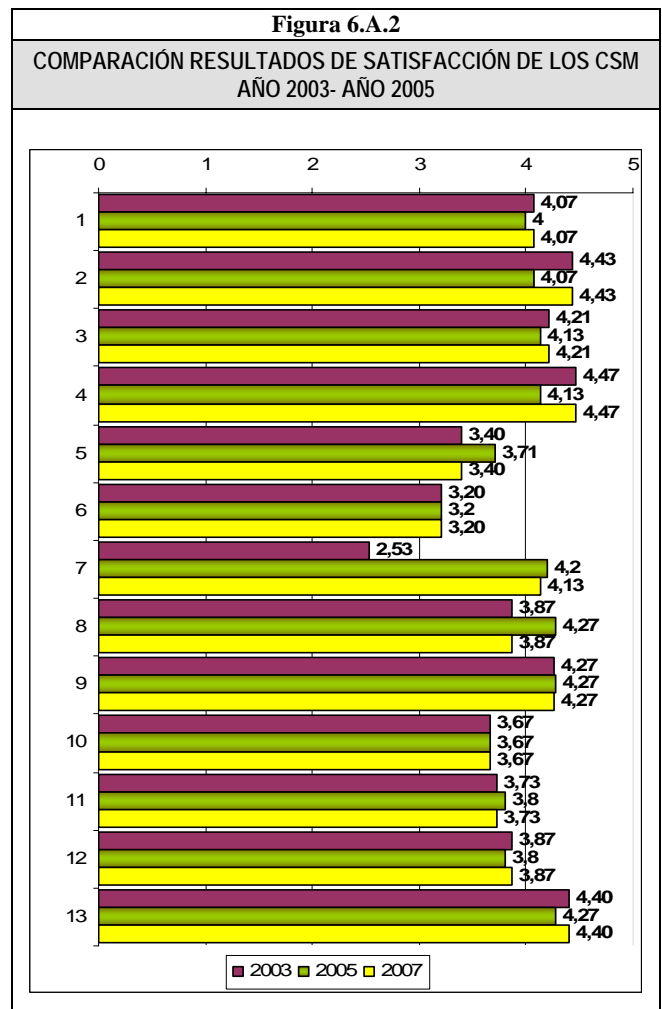
La encuesta de satisfacción incluía además una pregunta abierta en la que se solicitaban comentarios o sugerencias. Los tres comentarios obtenidos en dicha pregunta abierta cubren las siguientes temáticas: necesidad de recursos, trámite de derivación y la necesidad de formación en los Centros de Salud Mental.

Las variaciones en los resultados de todas las preguntas son muy pequeñas a excepción de la pregunta 7, sobre la adecuación de la demora para el ingreso, que aumentó en 1,67 puntos en 2003 y mantiene esa mejora en este último estudio. La mejora de esta puntuación es claramente achacable a las acciones llevadas a cabo, puesto que se incluyó este dato en el envío periódico de información a los CSM. Se introdujo un modo de derivación urgente, previa coordinación con la Unidad, de los equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil de los CSM. Entre las puntuaciones que mejoran ligeramente, cabe destacar los ítems sobre la recepción del informe de alta y sobre su adecuación, probablemente resultado del compromiso adquirido por la Unidad de enviar el informe de alta en sobre cerrado al responsable del programa infanto-juvenil.

Entre las puntuaciones que disminuyen ligeramente destacan los ítems sobre el conocimiento del médico responsable del paciente y la posibilidad de intercambiar opiniones con él/ella. Aunque la puntuación al respecto sigue siendo buena, la Unidad

estudiará la posibilidad de establecer iniciativas al respecto.

Desde la Unidad se propone a otras unidades de características similares la utilización de nuestro estudio de satisfacción de CSM para poder tener información comparativa de organizaciones del sector. Incluso se ha publicado el estudio en una revista de psiquiatría para que pueda ser duplicado en otros centros.



6.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

a) Reclamaciones

La tabla 6.B.1. muestra los datos de reclamaciones recibida y el tiempo medio de respuesta a las mismas.

Tabla 6.B.1.

DATOS DE RECLAMACIONES DE USUARIOS							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº reclamaciones	1	2	1	3	1	1	2
nº de días de resolución	8	11.5	7	9,5	6	12	10
% respuestas en < 15 días	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Como se puede observar en la tabla, el tiempo de respuesta de reclamaciones ha cumplido el objetivo propuesto de respuesta en menos de 15 días (establecido en la carta de servicios de la Unidad). No se comparan datos con otras unidades del hospital porque, tras analizar la posibilidad con la responsable de atención al usuario (unidad que gestiona las reclamaciones del hospital) se considera que su valor sería muy bajo debido a las características específicas de la población tratada.

B) Demandas.

Durante todo el tiempo que ha estado en funcionamiento la Unidad no se ha recibido ninguna demanda judicial por parte de los familiares de los pacientes, lo que es considerado un dato positivo del funcionamiento del centro, especialmente teniendo en cuenta las características de la población tratada y el hecho de que otras unidades de psiquiatría del hospital sí que han recibido demandas en este tiempo. Tampoco se ha tenido que indemnizar a pacientes por reclamaciones interpuestas por mala praxis.

C) Cartas de agradecimiento:

Los trabajadores de la Unidad reciben constantemente cartas de agradecimiento de los pacientes y los familiares de pacientes que han pasado por la Unidad. Estamos orgullosos de poder decir que algunos de los pacientes hospitalizados durante el primer año de funcionamiento continúan mandando felicitaciones navideñas y cartas de agradecimiento a la Unidad o a los profesionales que los trataron. Como entendemos que las cartas de agradecimiento y felicitación son un refuerzo personal a los profesionales que las reciben, no se registran ni almacenan en la Unidad, sino que son entregadas directamente al profesional correspondiente.

D) Petición de cambio de profesional:

Aunque existe la posibilidad legal de solicitar cambio de profesional durante el proceso de tratamiento, durante estos años ningún familiar o tutor de pacientes ha solicitado un cambio de profesional, lo que consideramos un indicador positivo de resultados.

E) Lista de espera:

Desde que se inauguró la Unidad en tan sólo una ocasión hemos tenido a dos personas esperando un máximo de 72 horas para ingresar en la Unidad. Este hecho puntual coincidió con la ocupación de todas las camas y la imposibilidad de generar altas en ese tiempo. Los pacientes permanecieron ingresados en la Unidad de observación del mismo hospital en espera de su cama en la Unidad de Adolescentes. Al margen de esto no hemos tenido lista de espera en 5 años para el ingreso en la Unidad, lo que interpretamos como un recurso eficiente de la gestión de casos con una estancia media muy inferior a unidades de características similares.

CRITERIO 7.
RESULTADOS EN LAS PERSONAS

7.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

En el año 2003, el Jefe de Sección plantea la necesidad de contar con un sistema objetivo y anónimo de evaluación de la satisfacción de los profesionales. Tras un estudio de los cuestionarios existentes se eligió un cuestionario validado utilizado en otras unidades de hospitalización. Se definió un protocolo de evaluación de satisfacción de profesionales donde el Jefe de Sección de la Unidad es el responsable directo del proceso.

En las evaluaciones llevadas a cabo en 2003 y 2005 se identificaron las áreas de mejora relacionadas con la satisfacción de profesionales, y se creó un grupo de trabajo para facilitar la mejora de las mismas. El grupo está formado por 5 miembros voluntarios, se constituyó en enero de 2004 y se reúne con una periodicidad bimensual. Este grupo define objetivos de trabajo que conciernen a la promoción de acciones dirigidas al reconocimiento de los empleados. Entre las acciones llevadas a cabo hasta la fecha destacan:

- Diagnóstico de necesidades de comunicación interna y mejora del rendimiento de los canales existentes de comunicación interna (por ejemplo corcho para temas de calidad).
- Creación de grupos de visita a otros centros y recursos de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil de la CAM y centros adscritos a IMMF.
- Visita-intercambio anual de dos miembros del personal a otras Unidades afines de otras CCAA.
- Incremento de la participación del personal en cursos de formación continuada relacionados con la Salud Mental y disciplinas afines.
- Realización de sesiones clínicas periódicas en las que se presentan “casos de buena evolución” para aumentar la motivación del personal de la Unidad.
- Nombramiento de un encargado de recoger las reseñas periodísticas de la Unidad y del personal.
- Mejora del sistema de transmisión de felicitaciones recibidas, por constituir un elemento motivador.
- Promoción de actividades lúdicas y conmemorativas (cena aniversario, celebración de festividades, regalos-amigo invisible)
- Instauración de “la semana de la queja”: una vez al año se coloca un buzón en la unidad para que el personal pueda realizar sus quejas y sugerencias de forma anónima. Las quejas son analizadas y posteriormente se presentan y se da respuesta en las reuniones trimestrales de equipo.

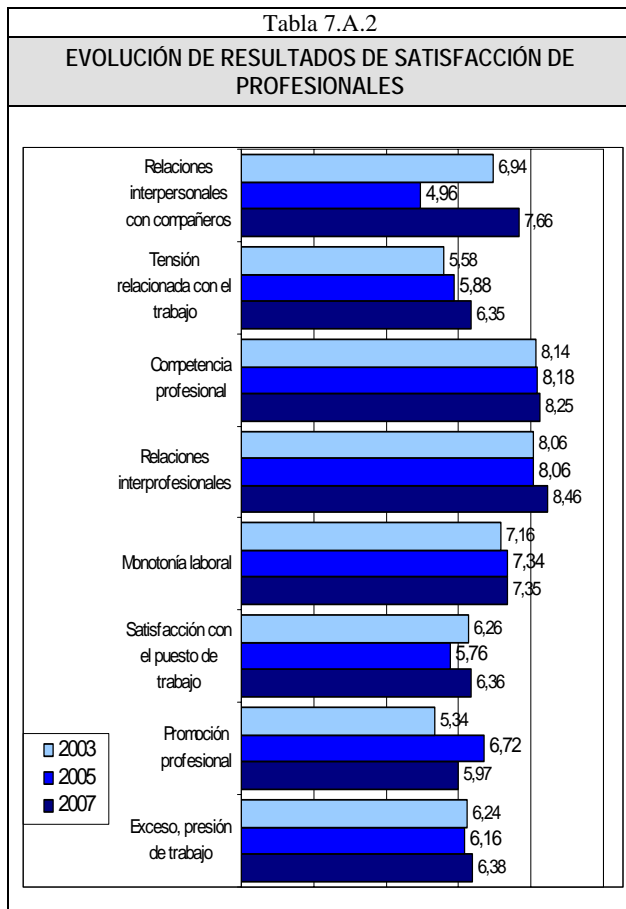
Tras este trabajo, en 2007 se realiza una nueva evaluación de satisfacción de profesionales. En la tabla 7.A.1. se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems del cuestionario, reflejados en una escala de valoración del 1 al 10 sobre un total de 26 cuestionarios cumplimentados

Índice de respuesta = **76,5%**

Tabla 7.A.1		
RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES AÑO 2005		
Tema de la Pregunta	Media	Desv. típica
1- Variación del trabajo diario en la Unidad	7	1,4
2- Responsabilidad en el trabajo en la Unidad	8,5	0,7
3- Cansancio al final de una jornada laboral	5,8	1,3
4- Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	6,1	1,2
5- No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,2	0,8
6- Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	6,6	1,3
7- Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,8	0,9
8- Independencia para organizar mi trabajo	7,1	1,3
9- Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,8	1,3
10- Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	9	0,6
11- Sensación de que lo que hago vale la pena	8	1,1
12- El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	7,2	1,3
13- La relación con mi/s Jefe/s-as es muy cordial	8,5	0,8
14- Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales	8,6	0,7
15- El sueldo es muy adecuado	3,8	1
16- Mi trabajo es adecuado a mi formación y capacidad	6,5	1,2
17- Oportunidades de promoción profesional	4,7	1,1
18- Tiempo para realizar mi trabajo	5,4	1,1
19- Se lo que se espera de mi por parte de mis Jefes/as	7,4	1,1
20- Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,8	1,1
21- Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	6,7	1
22- Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,9	0,6
23- Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	6,8	1,3
24- La competitividad en mi trabajo me causa estrés o tensión	7,1	1

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con los resultados obtenidos en estudios previos se observa que la puntuación global de satisfacción (calculada a partir de la media de las 22 preguntas del cuestionario) fue de **6,71** en el año 2003, de **6,63** en el

año 2005 y de 7 en el año 2007. La siguiente tabla presenta la evolución de las puntuaciones de las dimensiones de satisfacción en estos tres estudios:



Al analizar la evolución de las puntuaciones se observa que la gran mayoría de las puntuaciones mejoran en este último estudio, aunque la mayoría mejoran de forma ligera. Únicamente la dimensión sobre oportunidades de promoción profesional empeora respecto a los resultados obtenidos en 2005, aunque aún siguen siendo mejores que lo obtenidos en el estudio de 2003.

Es importante destacar que una de las puntuaciones que más mejora es la de la dimensión de satisfacción que representa la “tensión relacionado con el trabajo”, que es una de las dimensiones que tenían peores puntuaciones en los estudios previos. Aunque sigue siendo una de las puntuaciones más bajas en este último estudio, la mejora progresiva de la puntuación debe valorarse positivamente. Por otra parte, las puntuaciones que miden la satisfacción de las relaciones en el ambiente laboral (relaciones interprofesionales y relaciones interpersonales con compañeros) mejoran respecto a las puntuaciones del

último año, y esta mejora es muy significativa en el caso de relaciones interpersonales con los compañeros

La mejora de resultados en la satisfacción del personal se considera un logro positivo de la Unidad y parece reflejar que el grupo de trabajo está obteniendo los resultados esperados. Estos resultados, lejos de dar por concluido el proceso, suponen un estímulo para seguir trabajando en esta línea.

Una de las acciones que se propuso el equipo de satisfacción fue la de comparar los resultados con las de otras instituciones, para lo que se inició un proceso de documentación. La comparación fue inviable debido a que no existen Unidades específicas que tengan resultados de evaluación de profesionales y las pocas unidades del hospital que realizan estos estudios utilizan instrumentos de evaluación que no son comparables al Cuestionario Font Roja.

7.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

Para evaluar directamente el impacto en las personas del funcionamiento de la Unidad, existen una serie de indicadores que se presentan en dos grandes grupos:

a) **Indicadores de formación y producción científica:** Como ya comentábamos en el criterio 3, la motivación del personal está muy influida por la oportunidad de recibir formación, participar en investigación y realizar publicaciones.

b) **Indicadores de absentismo, rotación y seguridad en el trabajo:**

a) **Indicadores de formación y producción científica:**

A continuación se presentan los indicadores más relevantes al respecto. Es preciso destacar que en el año 2001 sólo se incluyen los meses de noviembre y diciembre, pues anteriormente no estaba en funcionamiento la Unidad.

- **Asistencia a cursos de formación:** Es considerado un método de aprendizaje y desarrollo profesional que se ofrece a los trabajadores de todas las profesiones.

Tabla 7.B.1							
Nº DE CURSOS DE FORMACIÓN RECIBIDOS POR PROFESIÓN							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Psiquiatras	2	4	2	6	7	5	9
Enfermería	4	3	3	17	20	43	40
Trabajo Social	2	1	1		1		
Psicología	2	3	3	3	3		
Maestras		1	3	2	4		
Terapia ocupaciona l					1	3	1

- **Publicaciones científicas:** La realización de publicaciones científicas por parte de los trabajadores repercutirá directamente en el crecimiento profesional de los trabajadores y, a su vez, en la calidad de la asistencia proporcionada a nuestros usuarios.

Tabla 7.B.2							
Nº TOTAL DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS POR AÑO							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	En prensa
7	6	6	6	9	15	17	15

La cantidad de artículos publicados por un grupo pequeño de profesionales prueba que el sistema de trabajo que ofrece posibilidades de aprendizaje y crecimiento profesional. Algunos profesionales han escrito también capítulos de libros, reflejados a continuación:

Tabla 7.B.3							
TOTAL DE CAPÍTULO DE LIBRO PUBLICADOS							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	En prensa
1	5	3	3	4	4	3	4

- **Comunicaciones o pósters en congresos y jornadas:** Las ponencias, comunicaciones y pósters en congresos y jornadas son otro medio de compartir los avances obtenidos en la Unidad, además de servir como forma de aumentar el currículum de los trabajadores. Como hemos indicado en el criterio 3, se promueve la asistencia a congresos y cursos, y para ello se solicita financiación de distintas fuentes. En la tabla 7.A.5. se muestra el número total de ponencias en cursos y congresos durante estos años.

Tabla 7.B.4							
Nº TOTAL DE COMUNICACIONES Y POSTERS EN CONGRESOS							
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
9	48	9	45	53	40	28	

Estas participaciones se han realizado en jornadas locales, nacionales e internacionales. A continuación se muestra una tabla con los datos de comunicaciones y pósters en congresos y jornadas por las distintas profesiones de la Unidad.

Tabla 7.B.5							
Nº DE COMUNICACIONES Y POSTERS POR PROFESIÓN							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Psiquiatría	8	37	7	43	47	37	28
Enfermería	1	2	1	2	4	2	3
Trabajo Social		2	1				
Psicología		6			1		
Maestras			1				
Terapia ocupaciona l		1			1	2	

- **Docencia:** En la Unidad se imparte un curso de doctorado con el título “Psiquiatría Infanto-Juvenil” dentro del programa de neurociencias de la Universidad Complutense de Madrid, dirigido por el Jefe de Sección y en el que participan algunos integrantes de la Unidad.

Los trabajadores de la Unidad participan también como docentes en distintos cursos externos, que quedan recogidos a continuación:

Tabla 7.B.6.							
Nº TOTAL DE CURSOS IMPARTIDOS POR PROFESIÓN							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Psiquiatras	7	10	10	15	17	7	14
Enfermería	4	3	3	10	3	6	6
Trabajo Social	2	1					
Psicología	1	1	4	3	3		
Maestras	2	2					
Terapia ocupaciona l	7	10	10	15	17		

Además de las ponencias y cursos impartidos en programas realizados por otras organizaciones, se han organizado varios cursos en la Unidad, sobre diversos aspectos de psiquiatría de adolescentes. Todos los años se ha realizado al menos un curso de temas específicos de patología psiquiátrica en adolescentes que han sido considerados muy relevantes en la Comunidad de Madrid.

Algunos profesionales participan también como coordinadores de cursos realizados a fuera de la Unidad, como es el caso de la Trabajadora Social que ha coordinado cinco cursos sobre trabajo social e intervención familiar en estos años.

Desde el año 2007, una de las psiquiatras de la Unidad es tutora de Residentes, lo que supone una alta

implicación con todos los recursos del área, comisión de docencia, organización de rotaciones y organización y supervisión de las actividades docentes, un día a la semana.

Desde el curso 2004/2005, los psiquiatras de la Unidad actúan como tutores de prácticas de estudiantes de psicología, que acuden 3 días a la semana a observar el trabajo en la Unidad.

A partir de diciembre de 2007 se ha empezado a administrar una encuesta de satisfacción a los residentes que rotan por la unidad.

b) Indicadores de absentismo, rotación y seguridad en el trabajo:

Inicialmente la recogida de estos datos de rendimiento de los trabajadores (rotación de personal, conflictividad, bajas, absentismo etc.) se hacía de forma conjunta para todo el Departamento de Psiquiatría y, por lo tanto, no era posible analizar los datos de la Unidad de forma independiente. En el año 2003 se comienzan a recoger datos exclusivos de la Unidad. Aunque los indicadores que se incluyen sólo cubren los tres últimos años, el hecho de contar con los datos es en sí mismo una clara mejora de la gestión de este aspecto en la Unidad.

- **Índice de traslados voluntarios:** entendido como el nº de profesionales que solicitan voluntariamente irse de la UADO a otra unidad del hospital.

Tabla 7.B.7.				
TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO				
2003	2004	2005	2006	2007
0	0	1	1	1

- Tasa accidente de trabajo:

Tabla 7.B.8.				
TASA DE ACCIDENTES DE TRABAJO				
2003	2004	2005	2006	2007
10%	10%	5%	2,09%	0,9%

- **Días de baja por accidente laboral:** entendido como nº total de días de baja de todos los trabajadores como consecuencia de un incidente ocurrido durante el desempeño de su trabajo.

Tabla 7.B.9.				
DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE LABORAL				
2003	2004	2005	2006	2007
2 días	4 días	12 días		6 días

- Tasa de absentismo y enfermedad:

Tabla 7.B.10.				
TASA DE ABSENTISMO Y ENFERMEDAD				
2003	2004	2005	2006	2007
4%	5,1%	22%*	13,2%	12%

*El gran aumento de esta tasa en 2005 ha sido debido a tres largas bajas por enfermedad desde el mes de enero.

- **Tasa de sustitución de personal de baja:** entendido como nº de días de bajas de personal que son sustituidos / nº total de días de bajas de personal.

Tabla 7.B.11.				
TASA DE SUSTITUCIÓN DEL PERSONAL DE BAJA				
2003	2004	2005	2006	2007
90%	90%	90%	90%	90%

CRITERIO 8.
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

INTRODUCCIÓN

Entendemos que la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón, al formar parte de un hospital público, estar dedicada al tratamiento de la salud mental de adolescentes, y haber sido la primera unidad de la Comunidad de Madrid dedicada a la hospitalización de dicha población, tiene el obligado compromiso moral y social de colaborar en la formación de la sociedad general en el conocimiento de la salud mental de la población adolescente. Aumentando el conocimiento este tipo de patología por parte de la sociedad general se evitaría la estigmatización de nuestros pacientes y se facilitaría su posterior reintegración en la sociedad, ayudando a asimilar cada vez más las enfermedades mentales a las patologías somáticas y consolidando la salud mental dentro de la atención especializada. Con esta difusión pública de información se pretende también disociar el trastorno mental de la agresividad y enseñar que los problemas sociales no tienen por qué estar asociados con enfermedades mentales. Al mismo tiempo, al ser una Unidad pionera en la hospitalización de pacientes de psiquiatría infanto-juvenil, la Unidad tiene el compromiso social de ayudar a la creación de otras Unidades para el tratamiento de esta población, a la formación de profesionales del sector y a colaborar con las instituciones que lo precisen. El apoyo social que se lleva a cabo en la Unidad se puede resumir en las siguientes líneas de acción:

- a) Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación.
- b) Difusión de información en la página web de la Unidad.
- c) Colaboración en el desarrollo de otras unidades similares.
- d) Colaboración como expertos en gestión de psiquiatría infanto-juvenil.
- e) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.
- f) Colaboración con las organizaciones, ONGs, etc. que lo solicitan.
- g) Colaboración en la formación de profesionales.
- h) Respeto al medio ambiente.

8.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación:

Un claro ejemplo de la repercusión social que ha tenido la Unidad lo encontramos en su aparición en los medios de comunicación. Los más de 124 impactos periodísticos que ha tenido la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes en menos de cinco años (noviembre de 2000 a octubre de 2007) reflejan la gran trascendencia social que tuvo la inauguración la Unidad, así como su seguimiento posterior.

Aunque no se dispone de datos objetivos de percepción sobre la satisfacción que tiene la sociedad con el desempeño de la Unidad, podemos deducir su satisfacción de la constante demanda para que se sigan realizando comunicaciones públicas. La credibilidad ganada por los profesionales de la Unidad con su trabajo diario, ha producido una demanda informativa periódica de los profesionales de la información sobre cualquier aspecto relacionado con los problemas psiquiátricos en los adolescentes, más allá de que dichos problemas fueran privativos de la propia Unidad. En este sentido hemos trabajado estrechamente con el equipo del gabinete de prensa de este hospital. Se han realizado incluso programas de televisión monográficos con el responsable de la Unidad sobre Psiquiatría de Adolescentes y han aparecido en telediarios nacionales varios de los trabajadores de la Unidad.

b) Difusión de información en la página web de la Unidad y mediante correo electrónico:

En la página web de la Unidad, además de la información disponible para nuestros clientes (pacientes y sus familiares), como muestra del compromiso social de la Unidad se proporciona información a otros grupos sociales:

Información orientada a otros profesionales: Ante la cantidad de peticiones de información que se reciben de profesionales de otros centros, conscientes de nuestro liderazgo en el sector, y como muestra de nuestro compromiso con la sociedad y con las sociedades científicas, hemos trabajado en compartir prácticas y conocimientos en Internet. La Unidad, a través de la Web www.hggm.es/ua que funciona desde el año 2003, comparte todos sus instrumentos asistenciales y de gestión con otras organizaciones que puedan necesitarlos. La página Web dispone de información sobre cómo contactar con la Unidad, las formas de ingresos, funcionamiento interno, etc.

Información orientada a la sociedad en general: Con el objetivo de proporcionar información útil no sólo para los clientes de la Unidad sino para toda la comunidad,

en la Web se proporciona información general sobre patología mental y sobre recursos disponibles.

Además de la información proporcionada en la Web se reciben, a través del correo electrónico, preguntas de familiares de menores con patología mental que no son clientes de la Unidad por pertenecer a otras áreas sanitarias o comunidades autónomas. Estas peticiones de información son respondidas por profesionales de la Unidad en un plazo inferior a una semana.

En estos momentos no se dispone de datos objetivos de percepción sobre la utilidad de esta información, pero cabría pensar que es positiva ya que el número de visitas a la Web ha ido aumentando a lo largo de los años al igual que las solicitudes de información por correo electrónico, hasta el punto de contratar a una persona para que actualice y revise la página Web de forma continua en el año 2005.

c) Colaboración con el desarrollo de otras unidades similares.

La Unidad de Hospitalización de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón se ha convertido en un claro referente para otras unidades similares tanto en la Comunidad de Madrid como en otras comunidades, sobre todo para los centros que todavía no disponen de unidades específicas para adolescentes pero están trabajando en su diseño y creación. Prueba de ello es la cantidad de peticiones de información que recibe de otros centros solicitando documentación (protocolos, consentimientos informados, métodos de gestión, normas de la Unidad, etc). Hemos contestado a todas las peticiones de información recibidas enviando la información o documentación solicitada, así como asistido a las distintas CCAA para presentar el proyecto. Hasta la fecha, 6 unidades de psiquiatría infanto-juvenil han sido asesoradas por los profesionales de la UADO durante su creación.

La iniciativa de proporcionar la documentación de gestión de la Unidad en la Web, de hecho, fue un intento de colaborar de forma global con estos y otros centros que pudieran necesitarlo. No se ha realizado ninguna recogida directa de la percepción de estas colaboraciones, aunque sí se reciben constantes agradecimientos directamente de los centros que reciben la ayuda y nuevas solicitudes de colaboración.

d) Colaboración como expertos en gestión en psiquiatría infanto-juvenil.

Desde el Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se ha contado con la opinión de distintos profesionales de la Unidad para todo lo relacionado con gestión y funcionamiento de salud mental Infanto –Juvenil. A modo de ejemplo se ha participado en la creación de una Unidad de media estancia de psiquiatría para niños y adolescentes, en el plan para reducir el riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, II Plan de Atención Social a la Infancia en la CAM, etc.

e) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.

La cantidad de investigaciones y publicaciones científicas (ver datos en el criterio 7.A.) realizadas en la Unidad es un ejemplo claro de la repercusión de esta Unidad en la sociedad científica.

f) Colaboración con organizaciones, ONG, etc. que lo necesitan.

La Unidad intenta dar respuesta a las solicitudes de colaboración que recibe de organizaciones de distinto tipo, siempre que redunden en un beneficio para la sociedad. Algunos ejemplos de colaboraciones realizadas:

Ante la petición de profesores de colegios de realizar actividades de formación en salud mental infanto-juvenil, los profesionales de la Unidad han realizado actividades de formación a dichos colectivos.

Hemos realizado las páginas informativas sobre patología mental en menores de la Fundación Alicia Koplowitz (www.fundacionaliaciakoplowitz.org).

Por otra parte, hemos llegado a un acuerdo con el Ayuntamiento de Madrid para que la ONG “Save the Children” lleve a cabo programas especiales, dependiendo de la época del año (verano, Navidades, curso escolar, et.) con los pacientes ingresados en la Unidad. Se tienen reuniones periódicas con la responsable del programa de atención hospitalaria de esta ONG para coordinar su actuación con los distintos profesionales dentro de la unidad, en especial con enfermería y terapeutas ocupacionales.

g) Colaboración en la formación de profesionales.

Como Unidad líder en el sector, la Unidad de hospitalización de adolescentes ha recibido varias peticiones de profesionales de dentro y fuera de la Comunidad de Madrid que solicitan realizar un periodo de rotación para conocer sus sistemas de

funcionamiento e implantar sistemas similares en otras unidades de adolescentes. Nuestro compromiso social y científico nos ha llevado a aceptar estas solicitudes y tener rotaciones de profesionales de fuera de la Comunidad de Madrid. Como ejemplo de centros que han realizado rotaciones y visitas por la Unidad destacamos la Unidad de hospitalización adolescente del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria o los responsables de las Unidades de Hospitalización de Adolescentes de Sevilla, Valladolid, Bilbao o San Sebastián.

h) Respeto al medio ambiente.

El compromiso de la Unidad con el medio ambiente se refleja principalmente en la gestión de residuos, que se lleva a cabo según la normativa vigente de regulación en materia de residuos sanitarios.

8.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

Para anticipar el impacto social de la Unidad sobre la percepción en la sociedad, tenemos una serie de indicadores que evalúan, mediante datos objetivos, las actividades llevadas a cabo en el terreno social:

a) Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación:

A continuación se presentan los números de apariciones de los profesionales en medios de comunicación registrados por el gabinete de prensa del Hospital. Algunas apariciones de los profesionales en medios de comunicación no son solicitadas mediante el gabinete de prensa, por lo que el número real de apariciones es superior al registrado.

Es preciso destacar que estas apariciones han sido en medios de comunicación muy variados, de alcance tanto comunitario como nacional, como por ejemplo TVE, Tele5, El País, ABC, El Mundo, la cadena Ser, la cadena COPE, Madrid Diario, agencia de comunicación Efe y Europa Press.

Tabla 8.B.1.								
Nº DE APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN								
	2000	01	02	03	04	05	06	07
Diarios regionales	5	2	-	3	2	1	-	3
Diarios nacionales	11	13	11	1	4	7	8	12
Radios regionales	4	-	-	-	1	3	-	-

Radios nacionales	12	-	-	-	1	1	-	2
Televisión regional	2	-	-	-	-	-	1	1
Televisión nacional	3	-	1	2	4	2	1	7
TOTAL	37	15	12	6	12	14	10	25

b) Difusión de información en la página web de la Unidad y mediante correo electrónico:

La utilidad de la información que se proporciona tanto a los clientes de la Unidad como a profesionales y a la sociedad en general a través de la página web queda reflejada en el aumento de su utilización, que ha sido de un 100% en el último año, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 8.B.2.					
Nº DE VISITAS A LA PÁGINA WEB DE LA UNIDAD					
	2003	2004	2005	2006	2007
Media de visitas diarias	50	100	116	133	140
Media de visitas mensuales	1500	3000	3500	4000	4200

Se reciben aproximadamente unas 10 peticiones sobre información de la Unidad al mes, la media en contestar dichas peticiones es inferior a los 7 días. Los correos son enviados al Jefe de Sección de la Unidad que los contesta directamente o refiere al responsable del área sobre la que se haga la pregunta (ej rotación de residentes en la Unidad).

c) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.

Se recoge información de varios indicadores de resultados en este sentido. La información detallada está incluida en el apartado 7.B.

d) Colaboración en la formación de profesionales.

Para evaluar los resultados de las actividades dirigidas a la formación de profesionales se recogen datos sobre la solicitud de plazas de rotación y los acuerdos establecidos con distintas organizaciones para facilitar la formación de profesionales en esta especialidad.

En cuanto a los profesionales que rotan, la siguiente tabla muestra el número de profesionales que han sido formados en la Unidad y evidencia un progresivo aumento del número anual:

Tabla 8.B.3							
Nº DE PROFESIONALES QUE HAN ROTADO EN LA UNIDAD							
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
7	8	11	12	13	13	11	17

Estos profesionales provenían de Reino Unido, Alemania, Venezuela, Italia, Uruguay y de casi todas las Comunidades Autónomas de España.

Más significativo es el dato de las solicitudes que se reciben para rotar en la Unidad: En octubre de 2007 están completas todas las plazas del año 2008 y bastante completas las del 2009, con cuatro peticiones ya comprometidas para el año 2010. Se ha establecido un número máximo de 3 residentes en psiquiatría haciendo su rotación a la vez, para asegurarnos que se cubren las necesidades formativas de estos residentes. Debemos recordar que el número de adjuntos es de 5. Ello ha obligado a que en los últimos años hayamos tenido que rechazar peticiones de rotaciones de residentes por estar los cupos cubiertos con mucha antelación.

Además, se realiza el esfuerzo de establecer acuerdos con distintas organizaciones para mejorar la formación de los profesionales de esta especialidad. A continuación se indican algunos de los acuerdos llevados a cabo:

Tabla 8.B.4		
ACUERDOS CON INSTITUCIONES PARA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ESTA ESPECIALIDAD		
Institución	Tipo de acuerdo	Año
Universidad de Santiago de Compostela	Impartir y coordinar docencia a través de cursos de doctorado	2003
University of Maryland	Convenio para la rotación de personal en formación (residentes y becarios de investigación).	2003
Fundación Alicia Koplowitz	Los fellows especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente becados por esta fundación se incorporan al hospital como psiquiatras durante 6 meses a su retorno de EEUU o el Reino Unido.	2005
Hospital Bellevue. Nueva York	Intercambio y colaboración en docencia, investigación y rotación de residentes.	2005
Fundación Marcelino Botín	Supervisión de actividades educativas del programa SEL (Socio Emocional Learning) implantado en Cantabria	2006
Fundación ASOMEGA	Rotación psiquiatras de Sudamérica por la Unidad	2007

Es preciso tener en cuenta no sólo el número de acuerdos firmados sino también la calidad y el prestigio de las organizaciones con las que se han llevado a cabo.

e) Respeto al medio ambiente.

Como iniciativa para ser respetuosos con el medio ambiente, en la Unidad se lleva a cabo el reciclaje de pilas, papel y de material orgánico. Los desechos infecciosos se tratan también de acuerdo con la normativa vigente.

f) Reconocimientos:

La difusión del trabajo llevado a cabo en la Unidad ha sido objeto de varios reconocimientos externos:

1. Mención especial del jurado del V Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid en 2005.
2. Premio Pfizer a la Excelencia en Gestión Clínica, quinta edición, año 2006
3. Primer premio de la 2ª Edición de los Premios Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria (Centros Asistenciales) en 2006
4. Felicitación especial del jurado por el cartel presentado al Concurso de Manos Unidas (curso 2004-2005).



CRITERIO 9.
RESULTADOS CLAVE

9.A. RESULTADOS DEL RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

Los resultados clave de rendimiento de la organización se evalúan principalmente mediante el cumplimiento de los objetivos anuales pactados con la dirección, aunque hay también otros indicadores no pactados que se evalúan periódicamente. Para presentar los resultados se sigue el mismo esquema que para el pacto de objetivos: a) Cantidad- Actividad e integración con el área; b) Calidad de asistencia, c) Docencia, d) Investigación

a) Resultados en cantidad- actividad e integración con el área:

Tabla 9.A.1			
OBJETIVOS DE ACTIVIDAD PACTADOS AÑO 2006			
Objetivo:		Pactado	Obtenido
Servicio médico	Pacientes ingresados	270	281
	Estancias	4000	4295
	Estancia Media	15,5 días	14,83 días
	Sesiones docentes con el Área	10	18
Unidades de enfermería	Implantar un sistema de Nivel de cuidados	50% de las Us. de enfer.	-
	Aumentar la cobertura de unidosis en farmacia	2 plantas IPMQ	100%
	Establecer protocolos conjuntos de planes de cuidados con el Área	5 protocolos	5

b) Resultados en calidad de la asistencia:

Tabla 9.A.2		
OBJETIVOS DE CALIDAD PACTADOS		
Objetivo:	Pactado	Obtenido
Reclamaciones / 1000 UPAS de producción	< 5	1
Mejora de Registros de Enfermería	80% de Us. De enfer.	80%
Implantación de "Recomendaciones de Enfermería al Alta"	80% de Us. De enfer.	100%
Conseguir que cada trabajador de la división de Atención Sanitaria acuda por lo menos a 20 horas anuales de formación reglada	≥ 20 horas/trabajador	Ver criterio 7
Informe de alta médica con medicación de acuerdo con la Guía Fármaco terapéutica del Área	A fin de año 100% de los informes emitidos en los últimos 2 meses	100%
% de Retención de Historias Clínicas	% de retención > 15 días después de alta	0

c) Resultados en docencia:

Tabla 9.A.3		
OBJETIVOS DE DOCENCIA PACTADOS AÑO 2006		
Objetivo:	Pactado	Obtenido
Nº Sesiones clínicas al mes	2	4
Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas	2	2
Participación en sesiones clínicas generales (nº)	5	5
Docencia de Pregrado: asignatura	1 (Psiquiatría)	2
Nº cursos organización /participación en programas de doctorado	1/3	1/5
Nº cursos de formación continua en la CAM	12	Ver 7.A

d) Resultados en investigación:

Siendo la investigación en psiquiatría infanto-juvenil uno de los objetivos básicos de la Unidad, los resultados obtenidos en esta área son considerados resultados clave.

Los resultados en investigación se evalúan principalmente por el volumen de investigación que se ha llevado a cabo. El volumen de investigación desarrollada por un grupo pequeño de profesionales es realmente significativo, y se ve reflejado tanto en los datos de producción científica y financiación para la investigación como en el tipo de investigaciones que se realizan. A continuación se indican los resultados de producción científica respecto al resto del hospital:

Tabla 9.A.4			
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA			
	2001 -02	2003 -04	2005-06
Posición de la Unidad en la memoria de investigación del hospital	10	7	7

La financiación obtenida de fondos públicos y privados es una forma de evaluar el prestigio de la Unidad y la calidad de los proyectos de investigación que se presentan. Para realizar proyectos de investigación, se solicitan becas de investigación como las becas internacionales Stanley y NARSAD, becas del Fondo de Investigación Sanitaria, de la Consejería de Educación de la CAM, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio del Interior. Hay también otras fuentes como la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior, y varias Fundaciones privadas. A continuación se presenta financiación obtenida:

Tabla 9.A.5

FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN						
Proyecto	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Premio Pfizer			3.000			
Asoc.Madr Salud Mental			3.000			
Becas FIS		60.749	63.825	92.000	27.489	253.218,5
NARSAD				41.694	20.847	20.847
Astra-Zeneca				24.118		
Fundación Alicia Koplowitz				100.000	50.000	99.639
RETICS						182.000
Comunidad de Madrid				6.934		21.200
Mutua Madrileña						34.970
Agencia Española del medicamento					40.000	
E.C. Janssen						8.320
TOTAL		60.749	69.825	264.747	138.336	620.195

Se potencia también la participación de becarios en los programas. En este momento hay contratados dos investigadores y seis becarios dedicados a proyectos de investigación exclusivamente.

Como logro más destacado, se recibió en el 2003 una beca del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad) para la creación de una Red Temática de grupos de investigación en Psicosis de inicio en la infancia y adolescencia. En esta red temática engloba a 11 grupos de investigación y más de 60 investigadores de distintas comunidades autónomas y la actúa como nodo coordinador. El coordinador la red, la única en psiquiatría infanto juvenil del país, es el Jefe de Sección de la Unidad. En el año 2005 se nos han concedido prestigiosas becas de investigación como las de la Fundación Alicia Koplowitz y de la Fundación Norteamericana NARSAD. En los últimos tres años coordinamos o colaboramos en proyectos de investigación que superan la cifra del millón de Euros.

Entre los temas de estas investigaciones podemos destacar los primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia, efectos cerebrales del MDMA, imagen médica molecular y multimodalidad, identificación de factores genéticos implicados en la susceptibilidad y en la respuesta farmacológica de las enfermedades mentales. Varios de estos proyectos se han llevado a cabo en redes de investigación, siendo la Unidad nodo de algunas de ellas. Además, los

profesionales de la Unidad realizan investigaciones para las que no tienen financiación específica. Algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo hasta la fecha han sido: Eficacia y seguridad de clozapina en adolescentes con esquizofrenia, prolongación del intervalo QTc en pacientes psiquiátricos en tratamiento con fármacos antipsicóticos, estudio longitudinal de efectos secundarios de antipsicóticos en niños y adolescentes (Estudio en colaboración con la Universidad de Maryland) y estudio de rendimiento escolar premórbido realizado por los maestros de la Unidad. Es importante destacar que la investigación puntera llevada a cabo se traduce en que disponemos y evaluamos las últimas técnicas de tratamiento (hemos sido el primer grupo a nivel mundial en hacer un ensayo clínico randomizados entre dos antipsicóticos de segunda generación con población adolescente).

Los objetivos de investigación pactados con el Hospital para el año 2006 y los resultados obtenidos se incluyen en la siguiente tabla:

Tabla 9.A.6

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN PACTADOS AÑO 2004		
Objetivo:	Pactado	Obtenido
Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (nº)	2	5
Convenios de investigación con empresas privadas (nº)	2	4
Ensayos clínicos / año	2	4
Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año	20	Ver subcriterio 7.A
Publicaciones / año	10	Ver subcriterio 7.A
Comunicaciones científicas / año	10	Ver subcriterio 7.A
Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas	2	6

9.B. INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

Algunos de los indicadores evaluados son el número de estancias, el índice de ocupación y la estancia media. Observando estos indicadores se aprecia una disminución importante en la estancia media (a excepción del año 2007), manteniéndose el número de estancias anuales. Cada año hay más ingresos pero al estar menos días ingresados se mantiene tanto el número de estancias como el índice de ocupación. Esto supone un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, cumpliendo los objetivos planteados por el Hospital.

DATOS ESTANCIAS							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de estancias	3.698	4295	4166	3941	3345	4510	3565
Estancia media	17,36	16,15	14,83	13,51	13,71	14,74	12,42
Índice de ocupación	50,7%	59,3%	56,9%	53,8%	55%	61,7%	48,8%

Los datos de ingreso y sus tipos se monitorizan periódicamente para conocer la carga asistencial de la Unidad:

NÚMERO DE INGRESOS POR TIPO					
		Urgentes	Progra- mados	Trasla- dos	Total ngresos
2001	Nº	166	72	6	244
	%	74,17	24,41	1,14	
2002	Nº	203	54	7	264
	%	76,89	20,45	2,65	
2003	Nº	224	48	9	281
	%	79,71	17,08	3,20	
2004	Nº	218	63	9	290
	%	75,17	29,50%	3,10	
2005	Nº	166	72	6	244
	%	68,03	29,50	2,45	
2006	Nº	224	70	12	306
	%	73,2%	22,8%	3,9%	
2007	Nº	207	73	7	287
		72,12%	25,43%	2,43%	

Uno de los indicadores de calidad es el número de reingresos. Se evalúan varios indicadores de reingresos, según el tiempo transcurrido desde que el paciente se dio de alta hasta que vuelve a la Unidad. Excluyendo el primer año, en el que la probabilidad de reingresos era menor, los datos han oscilado tanto positiva como negativamente los últimos años, manteniéndose bastante estables en su globalidad.

REINGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ALTA							
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
< 1 día	1	0	0	0	1	1	2
≤ 2 días	2	3	2	1	5	5	8
≤ 7 días	4	9	6	7	14	13	17
≤ 30 días	14	30	22	30	37	32	30
> 30 días	21	35	35	36	35	33	36
Urg= CDM en < 1 día	1	0	0	0	0	1	2
Urg. = CDM en ≤ 30 días	12	21	20	27	24	29	27
Total altas	55	98	83	101	116	114	122

PORCENTAJE DE INGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ALTA							
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
< 1 día	0,49	0	0	0	0,36	0,34	0,70
≤ 2 días	0,98	1,15	0,73	0,35	2,181	1,69	2,79
≤ 7 días	1,95	3,46	2,18	2,44	5,05	4,41	5,92
≤ 30 días	6,83	11,54	8	10,45	13,36	10,85	11,15
> 30 días	10,24	13,46	12,73	12,54	12,64	11,19	12,54
Urg. = CDM en < 1 día	0,49	0	0	0	0	0,34	0,70
Urg. = CDM en ≤ 30 días	5,85	8,08	7,27	9,41	8,66	9,83	9,41

El número de diagnósticos codificados al alta es un indicador de calidad de la documentación clínica. El objetivo es tener tantos diagnósticos codificados como sean necesarios. A lo largo de los años ha aumentado el porcentaje de pacientes con varios diagnósticos. Ninguno de los años un paciente ha sido dado de alta sin diagnóstico. El porcentaje de pacientes con un solo diagnóstico ha disminuido de forma progresiva, mientras que el porcentaje de pacientes con más de 5 diagnósticos, que indica una mayor complejidad del caso, ha aumentando de forma gradual. Estos datos quedan reflejados en la siguiente tabla:

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA							
Nº diag	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	0	0	0	0	0	0	0
1	70	58	55	48	38	65	65
2	59	53	59	72	69	61	63
3	36	50	52	54	52	48	48
4	21	35	50	51	46	50	46
5	8	31	27	22	28	31	28
>5	11	33	32	40	44	40	37
Total	426	609	719	618	678	926	881

% DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA							
N° diag	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	0	0	0	0	0	0	0
1	34,15	22,31	20	16,72	13,72	22,03	22,65
2	28,78	20,38	21,45	25,09	24,91	20,68	21,95
3	17,56	19,23	18,91	18,82	18,77	16,27	16,72
4	10,24	13,46	18,18	17,77	16,61	16,95	16,03
5	3,90	11,92	9,82	7,67	10,11	10,51	9,76
>5	5,37	12,69	11,64	13,94	15,88	13,56	12,89

Los datos de archivo de historias clínicas indican una mejora progresiva en el número de historias retenidas hasta la situación actual en la que no hay ninguna historia retenida. La demora media ha disminuido también de forma importante desde los dos primeros años, lo que se considera la muestra de una mejor gestión en la devolución de las mismas al archivo.

ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS							
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Altas	210	240	276	287	207	295	147
Historias entregadas al archivo	205	223	275	286	207	295	147
Historias retenidas en el Servicio	5	17	1	1	0	0	0
Demora en entrega	8 días	7 días	7 días	8 días	8 días	10	12
Porcentaje de retención	2,38%	7,08%	0,36%	0,35%	0%	0%	0%

Se evalúan el número de **intentos de suicidio** como un indicador de calidad. Durante los más de siete años de funcionamiento de la Unidad no ha habido ningún suicidio ni ningún intento de suicidio grave, algo atípico en una Unidad de estas características, que es valorado como un dato muy positivo. No ha habido tampoco ninguna muerte por accidente o enfermedad.

En el año 2003 se comienzan a registrar el número de **contenciones mecánicas** que se llevan a cabo mensualmente.

CONTENCIONES MECÁNICAS					
	2003	2004	2005	2006	2007
N° de eventos	70	75	52	110	108
N° de pacientes	N.D.	N.D.	N.D.	68	50

Nombre de archivo: Anexos_UADO (08-02-08).doc ANEXO 1.doc
Directorio: C:\Documents and Settings\mmayoral\Desktop\AZUCENA
CIBER
Plantilla: C:\Documents and Settings\mmayoral\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: Autoevaluación según el modelo EFQM de la Unidad de
Hospitalización Breve de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Mar
Asunto:
Autor: Paula Vallejo
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 8/26/2008 4:15:00 PM
Cambio número: 3
Guardado el: 8/26/2008 4:23:00 PM
Guardado por: mmayoral
Tiempo de edición: 13 minutos
Impreso el: 9/23/2008 4:38:00 PM
Última impresión completa
Número de páginas: 60
Número de palabras: 29.177 (aprox.)
Número de caracteres: 166.309 (aprox.)