

**CANDIDATURA AL VI PREMIO A LA EXCELENCIA  
Y CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID:**

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



## **INDICE:**

- 1 - Presentación de la organización.
  
- 2 -Relación de Personal de la unidad
  
- 3 - Memoria de candidatura al premio de excelencia y calidad del servicio público en la Comunidad de Madrid, en la que se reflejan las actividades y los resultados según el modelo EFQM.
  
- 4 - Anexos:
  - **ANEXO 1:** Memoria de la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría según el esquema de la EFQM, año 2007.
  
  - **ANEXO 2:** Plan de Mejora de Calidad 2008 – 2009
  
  - **ANEXO 3:** Carta de Servicios de la Unidad de Adolescentes.
  
  - **ANEXO 4:** Artículos más relevantes publicados por la Unidad de Adolescentes sobre la metodología y herramientas utilizadas para la mejora de la calidad.

**PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:  
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE PARA  
ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN**

La Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría (UADO) 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 supra-área, 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) y desde enero de 2007 es el Director Científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental que engloba 25 grupos de investigación y más de 300 investigadores.

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 ha realizado 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 nuestra 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.

## **RELACIÓN DE PERSONAL DE LA UNIDAD**

## **JEFE DE SECCIÓN**

Arango López, Celso

## **PSIQUIATRAS**

Moreno Pardillo, Dolores M<sup>a</sup>

Moreno Ruiz, Carmen

Parellada Redondo, M<sup>a</sup> José

## **RESPONSABLE DE ENFERMERÍA**

Ontoria Martínez, Lourdes

## **TRABAJADORA SOCIAL**

Ferreiro Rodríguez, Clara

## **MAESTRAS**

Asenjo Vegue, Monserrat

Bascuñana Andrés, M<sup>a</sup> José

## **TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Méndez Mena, Lourdes

Díaz Garrido, Carmen

## **DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS EN ENFERMERÍA**

Cerón Gil, Begoña

Domínguez Bidagor, María

Gascón Serrano, Mercedes

Martínez García, Marta

Ortiz Moka, Monserrat

Peco Yagüe, Rosario

Romillo Iriarte, Matilde

Romo Villa, José

Santamaría Santos, Blanca

## **AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

Ayuso Soler, Josefa

Espada Mozas, Dolores

Fernández Delgado, Natalia

García Martín, Nuria

González Bedoya, Carmen

Navidad Medina, Dolores

Peñalver García, María

Rodríguez García, Enrique

Rodríguez Rábano, Luzdivina

Ruiz Díaz, María José

Seco Sanz, Isabel

## **AUXILIARES DOMÉSTICAS**

Chica Carrero, M<sup>a</sup> Santos

González Gómez, Antonia

**SECRETARIAS**

Corral Zarapuz, Azucena  
Irizar Goicoechea, Maite

**MEMORIA DE CANDIDATURA AL PREMIO DE  
EXCELENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO  
PÚBLICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID, EN LA  
QUE SE REFLEJAN LAS ACTIVIDADES Y LOS  
RESULTADOS SEGÚN EL MODELO EFQM**

## **1- OBJETIVOS**

## **2- METODOLOGÍA**

2.1- Detección de oportunidades de mejora mediante autoevaluación

2.2- Elaboración del plan de mejora

2.3- Implantación del plan de mejora

## **3- RESULTADOS**

3.1- Resultados de la autoevaluación

3.2- Resultados de los grupos de trabajo

3.3- Ejemplo de resultados concretos alcanzados en cada criterio

3.4. Resultados de la experiencia piloto de aplicar el modelo EFQM como sistema de autoevaluación a nivel de una unidad de hospitalización

## **4- CONCLUSIONES**

## **1- OBJETIVOS:**

Este proyecto se enmarca en la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UADO) del Departamento de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón. La UADO cuenta con 20 camas para jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Para ello, cuenta con un equipo multidisciplinar de 34 profesionales, lo que supone un ratio personal/ paciente aproximado de un 2,5/1.

Desde la inauguración de la Unidad en el año 2000 se comenzó a realizar algunas iniciativas de mejora de calidad, como evaluar la satisfacción de los usuarios y medir algunos resultados, aunque estas iniciativas se hacían de forma aislada, sin la existencia de un marco general de actuación. En noviembre de 2002, ante una mayor estabilidad del funcionamiento de la Unidad y contando con la experiencia de las actividades de mejora realizadas hasta entonces, los profesionales de la Unidad se plantearon la necesidad de implantar un sistema de trabajo estructurado que guiase las actividades encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia que prestaban a los usuarios. Para ello, siguiendo las directrices marcadas por la Comunidad de Madrid (Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid del año 2002) y por el propio hospital (Plan de Futuro del Hospital Gregorio Marañón del año 1999) se decide utilizar el Modelo de la “European Foundation for Quality Management” (EFQM) como base conceptual y como instrumento de autoevaluación.

El **objetivo principal** del proyecto era realizar un cambio en el sistema de gestión de la Unidad, incorporando al mismo los principios y la metodología de mejora continua de calidad para establecer un proceso cíclico de evaluación y mejora que repercutiese en un mejor aprovechamiento de los recursos, una mejor calidad de la asistencia recibida por el paciente y una mayor satisfacción de los trabajadores de la Unidad.

Se plantea también un **objetivo secundario** de este trabajo: avanzar en la aplicación del Modelo EFQM al sector sanitario mediante su utilización en una Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, puesto que hasta ese momento prácticamente no había experiencias previas de aplicación de este modelo a nivel de unidad y, por lo tanto, se desconocía su utilidad, sus beneficios y sus dificultades al aplicarlo a este nivel de la organización.

## **2- METODOLOGÍA**

Para alcanzar los objetivos planteados, se establece un sistema de trabajo cíclico compuesto por tres fases principales: (1) la detección de oportunidades de mejora, que se lleva a cabo mediante la autoevaluación según el modelo EFQM, (2) la elaboración de los planes de acción para mejorar los aspectos identificados en la autoevaluación y (3) el trabajo para desarrollar dicho plan de acción mediante grupos de mejora. El punto de partida fue la realización de una autoevaluación diagnóstica para conocer la situación de partida, detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora, que se llevó a cabo en el año 2003. Tras esta evaluación se elaboró un plan de calidad que se implementó a lo largo de los dos años siguientes. Una nueva autoevaluación en el año 2005 sirvió a la vez como sistema de evaluación del trabajo realizado y como sistema de detección de nuevas áreas de mejora. En este momento ya se han finalizado dos ciclos completos y en diciembre de 2007 se ha realizado la tercera autoevaluación de la Unidad, en la que nuevamente se han identificado áreas en las que centrar los esfuerzos de mejora.

Para llevar a cabo las actividades centrales del proceso, principalmente la autoevaluación, se creó un equipo evaluador formado por voluntarios, siguiendo el principio de obtener la máxima representación posible de todos los colectivos profesionales. En el año 2003 se creó un equipo de cinco personas, a las que se añadieron dos más en la autoevaluación de 2005 y en 2007. Ante la falta de formación y experiencia en la materia, una vez creado el equipo evaluador se realizaron varias sesiones docentes sobre metodología de calidad y el Modelo EFQM para los integrantes del equipo. Para ello, se solicitó la colaboración de la Unidad de Calidad del hospital, que impartió estas sesiones y asesoró al equipo durante las sesiones de evaluación.

A continuación se resumen las actividades realizadas en las tres fases del ciclo de mejora, así como la metodología y las herramientas utilizadas en cada una de estas fases:

### **2.1- Detección de oportunidades de mejora mediante autoevaluación:**

Tras un estudio de las metodologías propuestas por la EFQM se decidió que, por las características concretas de este proyecto (autoevaluación de una unidad de dimensiones reducidas, primera autoevaluación que se realizaba en la Unidad, escasa formación inicial de los profesionales en EFQM y alto nivel de implicación y participación), sería posible beneficiarse de los aspectos positivos de más de uno de los enfoques que propone la EFQM para llevar a cabo la autoevaluación y, por lo tanto, se desarrolló un método de diseño propio consistente en la combinación de dos enfoques: Como sistema de recogida de información, se redactó la memoria que forma parte del enfoque por “simulación de presentación al premio” y, como método de evaluación, se puntuó mediante el “enfoque por cuestionario de autoevaluación”.

Sistema de recogida de información: La memoria de “simulación de presentación al premio” consiste en un documento de extensión limitada y formato establecido en el que se refleja el desarrollo de la organización en cuanto a enfoque, despliegue y resultados de cada uno de los criterios del Modelo EFQM. Se suele redactar para presentarse a un reconocimiento externo, pues es bastante más costoso en tiempo y esfuerzo que otros métodos de evaluación.

Al tratarse de las primeras autoevaluaciones de la Unidad, y siguiendo los consejos proporcionados por el Club Gestión de Calidad, se descartó la idea de realizar la autoevaluación con el enfoque de simulación de presentación al premio, por considerarlo demasiado ambicioso. Aún así, no queriendo renunciar a los beneficios que proporciona este enfoque, se decidió redactar la memoria como método de aprendizaje y de recogida de información, para que esta información sirviese de base a las autoevaluaciones individuales. Puesto que lo importante era recoger la información relevante, se han seguido los requisitos de contenido pero no se han cumplido estrictamente los criterios de formato (principalmente el número de páginas). En la UADO, la memoria se redacta como un método de aprendizaje y de recogida de información de todos los grupos de interés de la organización, con el fin de que esta información sirva de base a las autoevaluaciones individuales.

El borrador inicial de la memoria lo redacta el equipo evaluador y, una vez preparado, se entrega el documento a todos los profesionales de la Unidad para que lo revisen, aporten sus sugerencias y añadan información adicional. En las tres experiencias llevadas a cabo hasta la fecha, más de la mitad de los trabajadores aportaron sugerencias al borrador, por lo que consideramos que la memoria final es un documento consensuado por los trabajadores y, por lo tanto, es una buena base para la autoevaluación. La memoria del año 2007 está incluida en el **anexo 1**.

Método de evaluación: Para realizar la autoevaluación se utiliza la herramienta Perfil, cuestionario en forma de aplicación informática proporcionado por el Club de Excelencia en Gestión (representación de la EFQM en España) especialmente recomendado para organizaciones con poca o ninguna experiencia en el Modelo. Perfil tiene 120 preguntas agrupadas bajo los distintos subcriterios del Modelo, con una escala de respuesta del 1 al 100.

La autoevaluación se lleva a cabo en dos fases: En primer lugar se realizan las autoevaluaciones individuales, en las que cada miembro del equipo evaluador realiza su autoevaluación basándose en la información disponible en la memoria y en su propio conocimiento de la Unidad. Posteriormente se llevan a cabo las sesiones de consenso con los objetivos de poner en común y consensuar las evaluaciones individuales y de discutir los puntos fuertes y las áreas de mejora identificadas. Se realiza un proceso de análisis y consenso sobre todos los puntos cuya discrepancia entre las puntuaciones de los distintos evaluadores sea superior al 25%, que es el porcentaje recomendado por la EFQM en primeras autoevaluaciones. Se analizan también las preguntas con una puntuación significativamente inferior a la media.

El método empleado para la autoevaluación, que combina la redacción de la memoria con la evaluación mediante la herramienta Perfil, ha sido valorado por los trabajadores de la Unidad como un elemento facilitador para el desarrollo de este proyecto. La redacción de la memoria ha servido en sí misma como una actividad de gran valor didáctico, al difundir los principios y los criterios del Modelo entre los trabajadores de la Unidad de forma práctica. Al mismo tiempo ha fomentado la comunicación, al ser revisada y discutida por gran parte de los profesionales de la Unidad, lo que favorece la implicación de los mismos en el proceso posterior de mejora. En cuanto a la herramienta Perfil, ha resultado un instrumento fácil e intuitivo para realizar las autoevaluaciones individuales, y es una gran ayuda durante las reuniones de consenso.

## **2.2- Elaboración del plan de mejora:**

Tras la autoevaluación, es necesario estructurar el trabajo para facilitar que las acciones de mejora efectivamente se lleven a cabo. Este proceso de planificación del trabajo se materializa mediante la redacción de un sencillo Plan de Calidad, que orienta el trabajo de mejora de los dos siguientes años. Para la definición de las acciones de mejora a llevar a cabo se parte principalmente de las oportunidades de mejora identificadas durante el proceso de autoevaluación y se tienen en cuenta también otras directrices relevantes, como objetivos establecidos por el hospital o por el Departamento de Psiquiatría.

El número de oportunidades de mejora identificadas durante la autoevaluación suele ser alto, al estar utilizando como referencia los requisitos exigentes de un modelo de Excelencia. En el proceso de elaboración del plan de mejora es importante ser realistas y centrar el esfuerzo de mejora en los aspectos más relevantes, limitando la actuación a un número reducido de aspectos que en la práctica sean abarcables. Por este motivo, antes de la elaboración del plan se lleva a cabo un proceso de priorización de oportunidades de mejora. Para que este proceso de priorización se base en criterios objetivos, se utiliza como herramienta una parrilla de priorización que contiene una adaptación de los criterios propuestos por Nalón y Williamson: cantidad de usuarios afectados por el problema y gravedad potencial de sus consecuencias (relevancia), capacidad de actuación sobre el mismo (influencia externa) y cantidad de recursos necesarios para solucionarlo (coste). Cada uno de los miembros del equipo evaluador realiza una priorización individualmente. Posteriormente se realiza una sesión de consenso para poner en común las priorizaciones individuales y determinar definitivamente las áreas a tratar en el plan de calidad.

De esa priorización resulta la selección de las acciones de mejora que se llevarán a cabo en los dos siguientes años. Para más información, el **anexo 2** incluye el plan de mejora de calidad para los años 2008-2009, elaborado tras la tercera autoevaluación. Cada una de las acciones de mejora aprobadas es asignada a un responsable, que trabajará solo o en grupo. Para la asignación de las oportunidades de mejora se tiene en cuenta la existencia de voluntarios y los conocimientos o la implicación directa que tienen los profesionales en el área a tratar. Las funciones y responsabilidades de estos responsables y de todos los profesionales en el sistema de mejora de calidad están definidas en el plan de calidad. La primera tarea de los responsables de acciones concretas es elaborar su propio plan de trabajo, que como mínimo incluye la siguiente información: miembros del equipo de trabajo, principales acciones a llevar a cabo, calendario previsto e indicadores de evaluación de resultados.

## **2.3- Implantación del plan de mejora:**

Para desarrollar las acciones contenidas en el plan de mejora, cada responsable coordina a un grupo de trabajo, que se reúne en horarios que no interfieran con su actividad asistencial. Excepcionalmente hay acciones que se asignan a un responsable individual. Tras la autoevaluación del año 2003 se crearon cuatro grupos de trabajo (procesos, satisfacción del personal, evaluación de resultados y coordinación externa) y dos profesionales fueron designados responsables individuales de acciones. En el año 2005, se decidió continuar con los grupos existentes y crear otros dos nuevos (formación y

seguridad). Todavía está pendiente la creación de los grupos de trabajo resultantes de la autoevaluación de diciembre de 25007.

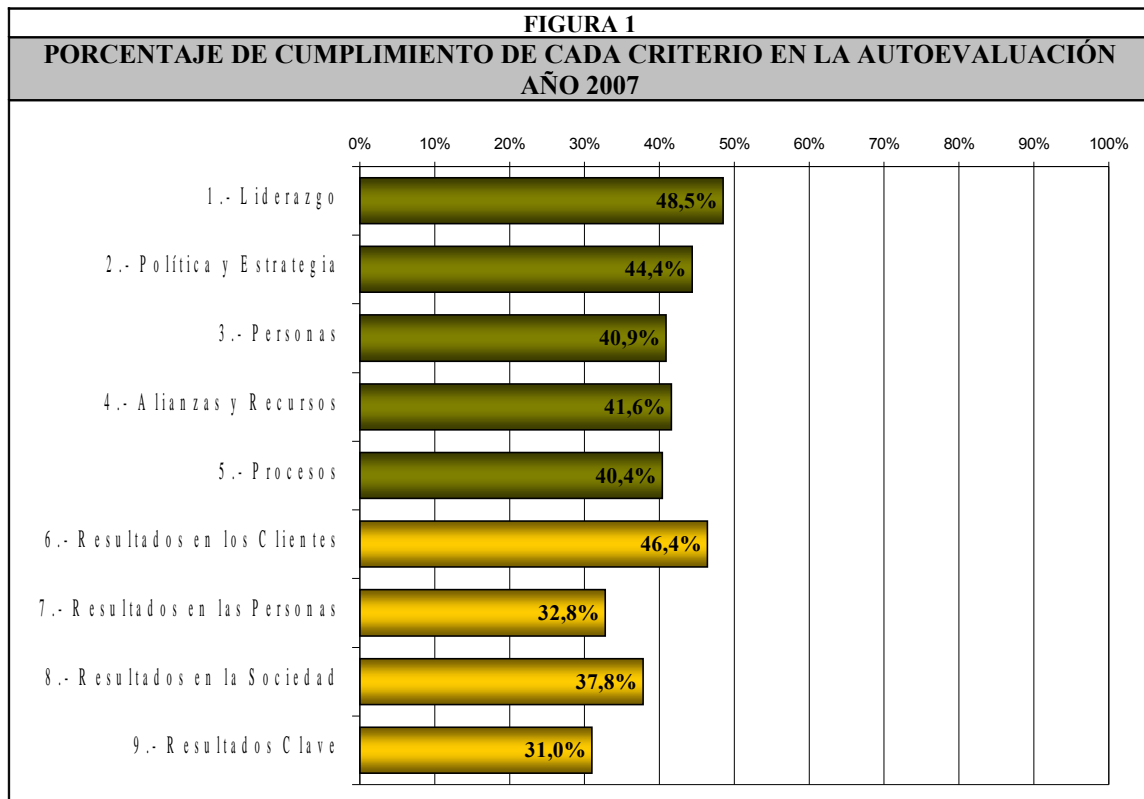
Para que el trabajo en calidad no suponga la creación de nuevas de reuniones que pudiesen interferir en las responsabilidades asistenciales de los profesionales, se ha intentado estructurar el trabajo aprovechando los mecanismos que ya existían. Para la coordinación y el seguimiento de las acciones de mejora de calidad se utilizan las Reuniones trimestral de Equipo, a las que asisten los trabajadores de todos los turnos horarios. El seguimiento de las acciones de calidad es un punto de la agenda de estas reuniones y los acuerdos al respecto se reflejan por escrito en las actas correspondientes. El trabajo de los grupos de mejora no ha estado exento de dificultades, como por ejemplo la falta de formación para poder llevar a cabo el trabajo planificado (cubierta con cursos de formación específicos), la falta de capacidad de actuación en algunas áreas concretas o la falta de tiempo para llevar a cabo algunos objetivos, lo que ha supuesto retrasos en algunos de los calendarios previstos. A pesar de estas dificultades, se han implantado ya muchas acciones de mejora. En el apartado de resultados se presenta un breve resumen de los grupos de mejora, incluyendo sus objetivos, las actividades llevadas a cabo y las principales dificultades encontradas.

### **3- RESULTADOS**

#### **3.1- Resultados de la autoevaluación**

El modelo EFQM tiene una escala de puntuación que va del 0 al 1000. En la última autoevaluación realizada, en el año 2007, se alcanzó una puntuación total de **406** puntos. Aunque no se observan diferencias significativas entre los criterios agentes y los criterios de resultados, en general se puede afirmar que los criterios agentes están ligeramente más desarrollados, alcanzando todos ellos una puntuación en el rango entre el 40% y el 50%. Los criterios que obtienen las puntuaciones más altas son el liderazgo (48.5% de la puntuación asignada a este criterio por la EFQM) y los resultados en los clientes (46.4%). Por otra parte, el criterio que está aún en una menor fase de desarrollo es de resultados clave (31%) seguido de los resultados en las personas (32.8%).

La figura 1 presenta el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los criterios del EFQM en la autoevaluación de 2007.



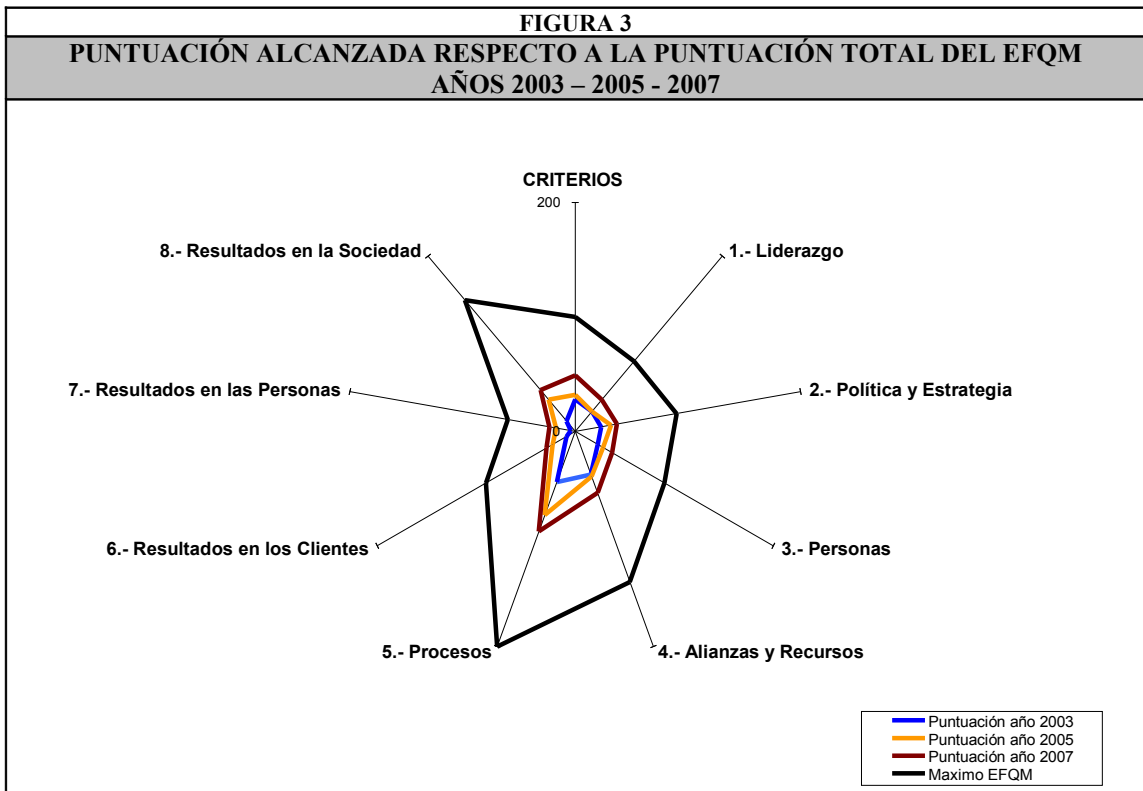
Otro resultado importante de la autoevaluación es la identificación de áreas de mejora. Durante la autoevaluación de 2007 se identificaron un total de **64 oportunidades de mejora**. Estas oportunidades de mejora fueron posteriormente priorizadas y concretas en el plan de mejora para los dos años siguientes. La información referente a dichas oportunidades de mejora está contenida en el **anexo 2**: plan de calidad.

Para valorar la puntuación alcanzada en esta última autoevaluación es importante comprar los resultados alcanzados con los resultados de las autoevaluaciones previas, valorando así la evolución de los datos. En la autoevaluación realizada en el año 2003 se obtuvieron un total de **208** puntos, que en dos años aumentaron en 103 puntos hasta alcanzar los **311** del año 2005, lo que supone un incremento del 49,51% de la puntuación inicial. En el año 2007, con 95 puntos más se alcanzaron los **406** puntos, lo que supone un incremento del 30,5% de la puntuación de la autoevaluación previa.

La tabla 1 contiene todos los datos de los resultados cada uno de los criterios de las autoevaluaciones de los años 2003, 2005 y 2007: porcentaje de cumplimiento del criterio y puntuación total asignada.

<b>TABLA 1</b>							
<b>PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA SUBCRITERIO E INCREMENTO DE PUNTUACIÓN</b>							
<b>AÑOS 2003 – 2005 - 2007</b>							
<b>CRITERIOS</b>	<b>Puntos: Máximo EFQM</b>	<b>Puntos UADO 2003</b>	<b>Porcentaje obtenido 2003</b>	<b>Puntos UADO 2005</b>	<b>Porcentaje obtenido 2005</b>	<b>Puntos UADO 2007</b>	<b>Porcentaje obtenido 2007</b>
1.- Liderazgo	100	<b>28</b>	28%	<b>32</b>	31%	<b>49</b>	48,5%
2.- Política y Estrategia	80	<b>23</b>	29%	<b>23</b>	28%	<b>36</b>	44,4%
3.- Personas	90	<b>23</b>	26%	<b>32</b>	36%	<b>37</b>	40,9%
4.- Alianzas y Recursos	90	<b>23</b>	25%	<b>28</b>	31%	<b>37</b>	41,6%
5.- Procesos	140	<b>40</b>	29%	<b>42</b>	30%	<b>57</b>	40,4%
6.- Resultados en los Clientes	200	<b>47</b>	23%	<b>78</b>	39%	<b>93</b>	46,4%
7.- Resultados en las Personas	90	<b>9</b>	10%	<b>23</b>	26%	<b>29</b>	32,8%
8.- Resultados en la Sociedad	60	<b>4</b>	6%	<b>17</b>	27%	<b>23</b>	37,8%
9.- Resultados Clave	150	<b>12</b>	8%	<b>36</b>	24%	<b>47</b>	31,0%
<b>Total</b>	<b>1000</b>	<b>208 puntos</b>	<b>21%</b>	<b>311 puntos</b>	<b>31%</b>	<b>406 puntos</b>	<b>40%</b>

Para observar gráficamente la evolución de los resultados entre estas tres autoevaluaciones, en la figura 2 se refleja el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los criterios en los años 2003, 2005 y 2007. Puesto que la EFQM asigna un número de puntos específico a cada criterio, es interesante también comprobar el número de puntos que se obtiene en cada criterio respecto del número total de puntos asignado por la EFQM, lo que se muestra en la figura 3. Como se puede observar en estas gráficas, el incremento de puntuación ha sido mayor en los criterios de resultados que en los criterios agentes, siendo los criterios de resultado los que, en general, tenían una menor puntuación en el año 2003.



Las **puntuaciones** obtenidas en estas autoevaluaciones, 208, 311 Y 406 puntos respectivamente, pueden resultar engañosa a primera vista puesto que al estar utilizando un sistema con un rango de puntuación del 1 al 1000, se puede llegar a pensar que sólo serán buenas las puntuaciones que sobrepasen, al menos, la mitad de este rango. La propia EFQM previene contra ese tipo de análisis indicando que, como media, las organizaciones consideradas como “buenas” incluirán en sus evaluaciones una gran mayoría de respuestas en el rangos de 20 - 40, mientras que las organizaciones líderes consideradas como “excelentes” cuenta en su evaluación con una mayoría de respuestas en el rango de 40-60 y, excepcionalmente, alguna de valor superior. La puntuación obtenida en la primera autoevaluación de la UADO está dentro de la media de las organizaciones sanitarias que realizan su primera autoevaluación, tal como se refleja en experiencias realizadas en varios centros de Alemania, País Vasco y Comunidad de Madrid. La mejora alcanzada en sólo cuatro años, aunque pueda parecer moderada a primera vista, consistió en un incremento del 50% de la puntuación previa en el año 2005 un 30,5% de incremento respecto a lo anterior en el 2007, lo que constituye una mejora muy significativa.

**La diferencia entre las puntuaciones de los distintos subcriterios** es otro aspecto que nos da información de la situación de la organización. En el año 2003, el rango de puntuación iba desde un desde un 29% de la puntuación en el criterio mejor valorado hasta un 6% en el criterio con puntuación más baja (el valor máximo de todos los subcriterios / el valor mínimo de todos los subcriterios = 4,83). En el año 2005, el rango de puntuación estaba entre el 39% en el criterio con mayor puntuación hasta el 24% en caso de la puntuación más baja (el valor máximo de todos los subcriterios / el valor mínimo de todos los subcriterios = 1,62). Finalmente, en el año 2007, el rango de puntuación iba desde un desde un 48% de la puntuación en el criterio mejor valorado hasta un 31% en el criterio con puntuación más baja (el valor máximo de todos los subcriterios / el valor mínimo de todos los subcriterios = 1,54). Es importante destacar esta evolución puesto que, según indica la literatura científica las organizaciones “excelentes” normalmente tienen una puntuación equivalente entre los distintos subcriterios (el valor máximo de todos los subcriterios / el valor mínimo de todos los subcriterios <1.4) reflejando así un desarrollo homogéneo en todos los aspectos de la gestión de la organización. La evolución de este índice en la UADO a lo largo de estos años refleja que el proceso de mejora está funcionando correctamente, puesto que en aquellas áreas con un menor desarrollo (menor puntuación) ha sido precisamente en las que más se ha trabajado y, por lo tanto, en las que más ha mejorado la puntuación, alcanzando un mayor equilibrio entre criterios.

Respecto a las **puntuaciones de los criterios agentes y los criterios de resultados**, como se observa en la tabla y las gráficas previamente presentadas, los criterios agentes tienen una puntuación más alta que los criterios de resultados, a excepción del criterio 6 (resultados en los clientes). Uno de los aspectos que podría estar influyendo en esta menor puntuación de los criterios de resultados es que uno de los atributos evaluados en los criterios de resultados es “comparaciones”, que evalúa si “los resultados son buenos comparados con otros y/o los resultados son buenos comparados con el reconocido como el mejor”. En este sentido hay que tener en cuenta que el reducido número de experiencias de aplicación del Modelo EFQM a la asistencia psiquiátrica y, en concreto, a la hospitalización infanto-juvenil, supone una seria dificultad a la hora de comparar datos de procesos y resultados. Para que las comparaciones sean válidas es necesario realizarlas con organizaciones de características similares, y en ocasiones no ha sido

posible obtener los datos necesarios, en parte por el limitado número de unidades de características similares tanto a nivel regional como nacional, y en parte porque, cuando se han solicitado algunos datos concretos de resultados, las organizaciones a las que se le habían solicitado no han podido proporcionarlos por no evaluar esos aspectos. A pesar de estas limitaciones, una de las áreas de mejora identificadas en la autoevaluación del 2007 es la necesidad de encontrar organizaciones con las que comparar los resultados a nivel nacional o internacional.

Otro aspecto que influyó negativamente la puntuación de los criterios de resultados en la primera autoevaluación es que el modelo evalúa las “tendencias” de los resultados, que tienen en cuenta si la organización tiene “tendencias positivas y/o rendimiento satisfactorio [...] durante al menos tres años”. En la primera autoevaluación realizada en el año 2003 la UADO no pudo cumplir este atributo en ninguna de las preguntas, puesto que, en el mejor de los casos, sólo era posible disponer de información completa de dos años consecutivos (2001 y 2002). La mejora de las puntuaciones en los criterios de resultados, por lo tanto, refleja tanto la mejora real de algunos de los indicadores de resultados como la existencia de datos positivos durante un periodo de tiempo más largo.

### **3.2- Resultados de los grupos de trabajo**

Los resultados de la autoevaluación son importantes, pero no dejan de ser únicamente la primera fase del círculo de mejora de calidad: la identificación de oportunidades de mejora. Para que la autoevaluación tenga una repercusión real en el funcionamiento de la UADO es fundamental que la información generada en la autoevaluación sirva como base para el desarrollo de planes de mejora. Como se ha indicado previamente, estos planes de mejora se llevan a cabo fundamentalmente a partir de grupos de mejora.

A continuación se incluye un breve resumen del trabajo llevado a cabo por los grupos de mejora que han estado en funcionamiento en la UADO a partir del año 2004. Se ha intentado hacer un reflejo realista de los logros alcanzados. Como se puede observar, son muchas las acciones ya implantadas por estos grupos, pero algunos objetivos han sido difíciles de alcanzar y están aún en fase de desarrollo.

#### GRUPO DE SATISFACCIÓN DE LOS TRABAJADORES

- Responsable: Lourdes Méndez Mena. Terapeuta Ocupacional
- Nº Miembros: 5
- Periodicidad de las reuniones planificadas: Mensual.
- Periodicidad de las reuniones reales: Bimensual.
- Año de comienzo: 2004
  
- Objetivos: El objetivo general de este grupo de trabajo es mejorar la satisfacción de los trabajadores de la UADO. Para ello, en una primera etapa, se establecen los siguientes objetivos específicos:
  - Establecer sistemas de reconocimiento de los trabajadores.
  - Buscar cauces para la promoción de un buen clima laboral.
  - Establecer mecanismos para recoger y comunicar a todos los profesionales de la unidad de forma sistemática las felicitaciones y los agradecimientos que se reciben por parte de pacientes y familiares.
  - Elaborar un boletín bimensual interno de la Unidad que sirva como sistema de comunicación entre todo el equipo.
  - Presentar casos de buena evolución para motivar al personal.
  - Estudiar la posibilidad de implantar o promover mejoras laborales.
  - Recoger y dar respuesta a las quejas y sugerencias de los trabajadores, estableciendo sistemas para ello.
  - Promover que los trabajadores de las distintas profesiones realicen visitas a centros afines o colaboradores, como medio para compartir experiencias con otros profesionales.
  - Mejora de la comunicación interna sobre los aspectos relacionados con la mejora de calidad.
  
- Calendario previsto: 2006-2008
  
- Acciones realizadas:
  - Se recogen y pinchan en el tablón de anuncios del estar de enfermería todas las felicitaciones recibidas. Con este sistema ha mejorado significativamente el conocimiento de los profesionales de todos los turnos horarios sobre cualquier felicitación o comunicación positiva recibida.

- Se recogen, evalúan y solucionan todas las quejas y sugerencias planteadas por los trabajadores. Un sistema concreto para ello ha sido instaurar “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 dan respuesta en las reuniones trimestrales de equipo.
- Se organizan y se llevan a efecto visitas a centros colaboradores y afines. Para poder realizar un seguimiento de estas visitas y comprobar que efectivamente las realizan trabajadores de todas las profesiones, el grupo de trabajo lleva un registro de las visitas realizadas.
- Se ha colocado un tablón específico para la comunicación de cuestiones realizadas con actividades de mejora de calidad.
- Se organizan reuniones y ágapes informales para fomentar relaciones entre trabajadores de la Unidad. Algunos de estos actos se realizan al finalizar un turno de trabajo (por ejemplo la celebración de los cumpleaños de los trabajadores) y otros se realizan fuera de la jornada laboral y del hospital, como la cena anual de conmemoración de la apertura de la unidad o algunas fiestas realizadas por motivos varios.
- Se realizan estudios bianuales de clima laboral entre los trabajadores de la Unidad. Para ello, se utiliza el cuestionario Font-Roja, cuestionario validado y previamente aplicado en el sector sanitario.

- Valoración de los objetivos planteados:

Se han cumplido los objetivos específicos que dependen directamente del Grupo de mejora, a excepción de la realización de un boletín de comunicación interna. A la hora de llevar a cabo este objetivo el grupo se dio cuenta de que supone una cantidad de trabajo mayor de la que pueden asumir los componentes del grupo en estos momentos (debido a la carga de trabajo habitual). Por este motivo, el grupo se está planteando la conveniencia de buscar algún sistema alternativo para mejorar la comunicación interna que sea igual de efectivo y no suponga tanto esfuerzo.

La principal dificultad encontrada ha sido que algunas iniciativas se escapan del ámbito de decisión de la Unidad y del propio grupo de trabajo. Esto ha sucedido principalmente con el objetivo de mejorar las condiciones laborales, sobre el que hay muy poca capacidad de actuación desde la unidad.

### GRUPO DE PROCESOS

- Responsable: José Romo Villa. Diplomado Universitario en Enfermería.

- Nº Miembros: 5

- Periodicidad de las reuniones planificadas: Mensual.

- Periodicidad de las reuniones reales: Bimensual.

- Año de comienzo: 2005

- Objetivos:

- Definir el mapa de procesos de la Unidad.
- Establecer sistemas de evaluación del funcionamiento de los procesos

- Implantar procedimientos y guías clínicas y terapéuticas que ayuden a estructurar la práctica clínica y a reducir la variabilidad.
  - Compartir la documentación generada con otras Unidades similares
- Calendario previsto: 2006-2008
- Acciones realizadas:
- El primer objetivo del grupo, definir el mapa de procesos de la Unidad, ha sido el más dificultoso y, por lo tanto, el que está aún en una fase más inicial de desarrollo. El grupo de trabajo se encontró con dificultades importantes a la hora de realizar este trabajo, puesto que ninguno de los miembros tenía formación en la materia. Se analizó esta dificultad en una sesión de seguimiento del trabajo del grupo y se decidió aplazar el trabajo hasta recibir la formación necesaria. El responsable de la UADO junto con la Unidad de Calidad del hospital gestionaron la realización de un curso específico sobre gestión por procesos en el sector sanitario (Curso impartido por Jose María Costa, experto en gestión por procesos en el sector sanitario), al que acudieron todos los miembros del grupo. Tras adquirir el conocimiento necesario para el manejo de herramientas para la definición de los distintos procesos, se ha definido el sub-proceso de ingreso a la unidad. Se han contemplado las distintas posibilidades en este sub-proceso y se está trabajando ahora en la mejora del mismo.
  - Se ha trabajado mucho en la estandarización de la práctica, realizando un importante esfuerzo para protocolizar y documentar las actuaciones más importantes. En concreto, se han definido más de 30 protocolos de actuación ante determinadas patologías y contextos. Esta documentación es especialmente relevante ante situaciones como rotación de profesionales o sustituciones, puesto que recoge el sistema de trabajo básico de la UADO.
  - Se han realizado guías clínicas de tratamiento de conducta alimentaria y trastornos psicóticos, así como guías terapéuticas para los principales psicofármacos utilizados en población infanto-juvenil.
  - Se ha compartido el trabajo realizado con profesionales que van a trabajar o están trabajando en Unidades de características similares en toda la geografía Española.
- Valoración de los objetivos planteados:

En general se están cumpliendo los objetivos del grupo de trabajo dentro de los plazos que se habían establecido, a excepción de la definición del mapa de proceso de la unidad. Este objetivo se está desarrollando más despacio de lo esperado porque, como ya se ha indicado, fue necesario solicitar un curso de formación específico en la materia.

### GRUPO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

- Responsable: Mara Parellada. Psiquiatra
- Número de integrantes del grupo: 6
- Año de comienzo del trabajo: 2004
- Periodicidad de las reuniones (planificada): Trimestral.
- Periodicidad de las reuniones (real): Semestral

- Objetivos:

1. Mejorar la evaluación de resultados de la calidad asistencial
  - 1.1. Implementar una base de datos de recogida de información sociodemográfica y clínica básica para facilitar la evaluación posterior.
  - 1.2. Implementar la administración al ingreso y al alta de escala de valoración de psicopatología HoNOSCA, escala ampliamente utilizada en el Reino Unido, validada para medir intensidad y variedad de síntomas, y su evolución.
  - 1.3. Implementar un cuestionario de satisfacción para los responsables de centros de los menores que ingresan en la UADO, equivalente al cuestionario de satisfacción de familiares, que sea sensible a necesidades específicas de estos centros y de sus cuidadores.
2. Informar a los trabajadores regularmente de los resultados alcanzados en los principales indicadores de actividad asistencial.
  - 2.1. Realizar un cuadro mensual que recoja estadísticas de actividad asistencial: ingresos, altas, estancia media, índice de ocupación, etc, que se cuelgue en lugar visible para información a todos los trabajadores de la Unidad.
3. Evaluar (y modificar si procede) la encuesta que se utiliza actualmente para medir la satisfacción de familiares, para intentar simplificarla.

- Calendario previsto: 2006-2008

- Acciones realizadas hasta la fecha:

1. Actividades relacionadas con la evaluación de resultados de la calidad asistencial
  - 1.1. Se modificó una base de datos previamente utilizada (periodo 2001-2003) de acuerdo con dificultades que se habían visto en su implementación, mejorando la recogida de la sintomatología y unificando las respuestas para mejorar su análisis posterior. Se pidió la aprobación del Comité de Ética Asistencial para su implementación y posteriormente se inició la cumplimentación de la base prospectivamente en mayo de 2007, y retrospectivamente desde enero de 2007.
  - 1.2. Coincidiendo con el momento de inicio de cumplimentación de la base de datos, se empezó a recoger información clínica y de información y conocimiento de los padres con el cuestionario HoNOSCA, en todos los ingresos (al ingreso y al alta). Se empezó utilizando una traducción de la escala realizada por nosotros mismos y paralelamente se contactó con el autor de la escala (Prf. Gowers) para su validación en España. Tras su autorización, estamos en este proceso.
  - 1.3. Se ha retomado un cuestionario de satisfacción para los responsables de centros de los menores que ingresan en la UADO que el grupo había bocetado anteriormente y se ha decidido trabajar sobre él para terminarlo.
2. Se ha conseguido hacer un cuadro estadístico de actividad asistencial, que se empezó a colgar mensualmente en el corcho de personal de la Unidad en enero de 2007.
3. Se ha diseñado una nueva escala de satisfacción para familiares, menos larga, sin repeticiones, simplificando el lenguaje, pero manteniendo suficientes elementos comunes con la anterior como para poder comparar posteriormente datos obtenidos

con las distintas versiones. Con el fin de comprobar la validez de la comparación de los datos recogidos con la nueva escala y los que datos anteriores, durante 9 meses se pidió a los padres que cumplimentaran ambas encuestas. Queda pendiente aún el análisis de las respuestas de los padres que respondieron a las dos versiones de la escala.

- Valoración del cumplimiento de los objetivos:

Se han cumplido la mayoría de los objetivos planteados, pero se ha empleado mucho más tiempo del planificado. No se ha cumplido todavía el objetivo de realizar estudios de satisfacción de los centros de menores, aunque ya se está trabajando en su elaboración.

Las principales dificultades encontradas, que han causado el retraso de algunas acciones y el no cumplimiento de 1 objetivo han sido:

- Cambio de algunos de los componentes del grupo por cambios en el personal de la Unidad (ha afectado fundamentalmente al cumplimiento del punto 1.3).
- Dificultades con los responsables de estadística (recogida de datos) del hospital que no facilitaban los datos de actividad asistencial que se les pedían (ha afectado fundamentalmente al punto 2).

#### GRUPO DE RELACIONES EXTERNAS

- Responsable: Clara Hernández. Trabajadora Social.

- N° Miembros: 2

- Periodicidad de las reuniones planificadas: Trimestral.

- Periodicidad de las reuniones reales: Trimestral.

- Año de comienzo: 2004

- Objetivos:

- Mejorar relaciones con recursos asistenciales que derivan pacientes a la Unidad
- Mejorar relaciones con recursos asistenciales a los que la Unidad deriva pacientes.
- Mejorar la información y coordinación con los recursos asistenciales del Instituto Madrileño del Menor y Familia (IMMF).
- Difundir externamente las actividades e iniciativas novedosas que se llevan a cabo en la Unidad.
- Evaluar la satisfacción con la Unidad de partners, aliados y agentes externos.

- Calendario previsto: 2006-2008

- Acciones realizadas:

- Envío mensual de la actividad asistencial de la Unidad a cada una de las 11 Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid especificando ingresos, tipo de ingreso, procedencia, derivación y Distrito de todos los pacientes atendidos ese mes.
- Reuniones periódicas con Consejería de Familia y Servicios Sociales, sobre todo IMMF.

- Actualización página web de la Unidad. En la actualización se ha incluido también un sistema de seguimiento de visitas a la web, con el fin de valorar su utilidad.
- Comunicación continua con recursos asistenciales y sociales
- Se realiza bianualmente una encuesta de satisfacción con recursos asistenciales relacionados con la Unidad y se comunica a dichos recursos los resultados del estudio, las áreas de mejora detectadas y los planes de acción previstos.

- Valoración de los objetivos planteados:

Se han cumplido los objetivos propuestos por el grupo y se trabaja intensamente en continuar y mejorar las relaciones con el exterior.

Los índices de respuesta y puntuaciones de las encuestas de satisfacción reflejan una buena valoración de las actividades de la Unidad.

### GRUPO DE SEGURIDAD

- Responsable: Josefa Ayuso Soler. Auxiliar de enfermería.
- N° Miembros: 4
- Periodicidad de las reuniones planificadas: Mensual
- Periodicidad de las reuniones reales: Bimensual
- Año de comienzo: 2005

- Objetivos:

El objetivo general de este grupo de trabajo es establecer medidas para mejorar la seguridad en la unidad, con el fin de mantener la integridad tanto del personal de la Unidad como de los pacientes.

Para ello se han trabajado los siguientes puntos:

- Mejorar los elementos arquitectónicos de la Unidad.
- Formación del personal.
- Protocolización de situaciones conflictivas.

- Calendario previsto: 2006-2008

- Acciones realizadas:

En cuanto a los elementos arquitectónicos:

- Se han instalado cámaras de seguridad en todas las habitaciones.
- Se han realizado cambios para adecuar la habitación de seguridad: se ha suprimido mobiliario complementario y se ha cambiado la ubicación de la cama, a fin de evitar autolesiones.
- Se ha adquirido una colchoneta que se utiliza para la reducción de pacientes en los casos en los que presentan un nivel de agresividad importante.

En cuanto a la formación del personal se han realizado los siguientes cursos:

- Se ha realizado un curso de manejo del paciente agitado (curso de defensa personal). Durante el curso se realizó un vídeo que está a disposición de todo el personal en el ordenador de la unidad, de forma que se sigue transmitiendo el

conocimiento a nuevos empleados y al personal que está en la unidad de forma temporal.

- Se ha realizado un curso de desactivación verbal.
- Se llevan a cabo sesiones formativas para el personal de nueva incorporación (suplencias, bajas) en el correcto manejo de las sujeciones de imanes.
- Además de los cursos, diariamente se comprueba la sujeción de imanes de la habitación de seguridad, y cuando el tiempo lo permite, se realizan ensayos entre el personal sobre la sujeción de un paciente agitado.

- Valoración de los objetivos planteados:

Hasta la fecha se han cumplido la mayoría de los objetivos propuestos por el grupo de trabajo. Sin embargo, aún quedan pendientes algunas actuaciones:

En cuanto a elementos arquitectónicos:

- Cambiar los platos de ducha de las habitaciones llevándolos a nivel del suelo.
- Cambiar taquillas fijadas a la pared por unas taquillas hechas de obra.
- Cambiar marcos y puertas de las habitaciones (Marcos metálicos y puertas con perfiles metálicos, para mayor resistencia ante actos vandálicos).

En cuanto a cursos:

- Ampliar el curso de “desactivación verbal” en cuanto a contenidos y prácticas.

Todavía no se ha comenzado a trabajar el objetivo de protocolizar las actuaciones del personal en cuanto a situaciones conflictivas.

Las principales dificultades encontradas, que han influido en que algunos de los objetivos aún no se hayan llevado a cabo completamente, han sido principalmente la falta de tiempo para fijar las reuniones de trabajo, el cambio de algunos componentes de grupo y que algunas cuestiones (principalmente las relacionadas con los elementos arquitectónicos) no dependen únicamente de los profesionales de la unidad, sino que es necesario gestionarlas con responsables del hospital.

### 3.3- Ejemplo de resultados concretos alcanzados en cada criterio

El resultado de la autoevaluación no es importante en sí mismo, pero es muy relevante si tenemos en cuenta que es el reflejo directo de la calidad del sistema de gestión de la Unidad y de la calidad de la asistencia que se presta a los usuarios. La mejora de la puntuación obtenida en las tres autoevaluaciones realizadas hasta la fecha se debe principalmente al laborioso trabajo llevado a cabo desde el momento en que se comenzó a trabajar con el EFQM, durante el proceso de la primera autoevaluación y, especialmente, en el desarrollo de las áreas de mejora identificadas en esa primera autoevaluación. La autoevaluación, lejos de ser un fin en sí misma, es el motor que activa el trabajo de mejora de calidad. El verdadero resultado, por lo tanto, no es la puntuación de la autoevaluación en sí misma, sino la gran cantidad de iniciativas que se han llevado a cabo en la Unidad en estos años y, como consecuencia, el aumento obtenido en los indicadores de los resultados.

Aunque la descripción exhaustiva de las iniciativas llevadas a cabo escapa del alcance de este documento, hemos hecho un esfuerzo de síntesis para intentar reflejar, de forma concisa, las principales iniciativas desarrolladas en cada uno de los criterios agentes del Modelo EFQM. Así mismo, hemos seleccionado algunos de los indicadores más relevantes de los criterios de resultados. Para cada uno de los criterios se ha seleccionado únicamente uno o dos ejemplos relevantes, pero la información detallada sobre el trabajo realizado está contenida en la memoria de la Unidad incluida en el **anexo 1**.

- **Criterio 1: Liderazgo:** Al comenzar a trabajar con el EFQM, se detecta que no se había definido la misión, la visión y los valores de la Unidad. Los líderes de la Unidad toman la responsabilidad de hacerlo. Para ello, se toma como punto de partida la misión, visión y valores del hospital, y se adapta a las necesidades concretas de la población infanto-juvenil con patología psiquiátrica. Una vez definidos, se lleva a cabo un importante trabajo de transmisión de esta información a los trabajadores y a los clientes (ver página web: [www.hggm.es/ua](http://www.hggm.es/ua))

. **Criterio 2: Política y estrategia:** Para aplicar el EFQM, se definen los grupos de interés de la Unidad: los clientes (usuarios y sus familiares o tutores legales), los trabajadores, los aliados o “parteners” y “otros grupos de interés”. Al definir los sistemas de recogida de información de cada uno de estos grupos se identifican aquellos grupos de interés con los que no se estaba interrelacionando lo suficiente. Además, en la autoevaluación del año 2003 se detectó que no se informaba por escrito de los servicios prestados, por lo que se redactó la Carta de Servicios de la Unidad. Su publicación y difusión entre usuarios y ciudadanos supone un compromiso respecto a los servicios ofrecidos y los requisitos de calidad con los que se llevarán a cabo, así como las prioridades de la Unidad y los indicadores que se utilizarán para la evaluación periódica de resultados. La carta está incluida en el anexo 3.

- **Criterio 3: Personas:** Para conocer la satisfacción de los trabajadores, se implantó un sistema de evaluación de clima laboral mediante el cuestionario Font Roja (validado y aplicado en otras organizaciones sanitarias) que se aplica con periodicidad bianual, es autocumplimentado y es totalmente anónimo. En el primer estudio se identificó la seguridad en el trabajo como el tema que más preocupaba a los trabajadores de la Unidad y se implementaron acciones al respecto, como por ejemplo actividades específicas de formación sobre seguridad, para las que se obtuvo financiación

extraordinaria. Otras iniciativas realizadas a partir de los datos obtenidos son, por ejemplo, incrementar la participación del personal en cursos de formación continuada relacionada con la Salud Mental y disciplinas afines, sesiones clínicas periódicas en las que se presentan “casos de buena evolución” orientadas a aumentar la esperanza y la motivación del personal de la Unidad, promoción de actividades lúdicas y conmemorativas y cronograma de visitas a otros centros relacionados con la Unidad.

- **Criterio 4: Alianzas y recursos:** A la hora de establecer alianzas, los Centros de Salud Mental (CSM) de las Áreas Sanitarias a las que presta servicio la Unidad son especialmente relevantes de cara a facilitar una adecuada continuidad asistencial post-hospitalización. Para mejorar la coordinación con los CSM, desde la UADO se elaboró una escala de evaluación de la continuidad asistencial, que cumplimentan los psiquiatras responsables de los casos infanto-juveniles de los CSM. La escala se envía por correo con una periodicidad bianual y las respuestas son anónimas. Se han realizado ya tres evaluaciones y, a partir de la información recogida, se han realizado varias acciones de mejora: redacción de un protocolo de envío mensual de información a los CSM, simplificación del trámite de derivación a la UADO y envío del informe de alta directamente al psiquiatra del CSM. Es importante resaltar que este estudio sirve para identificar deficiencias que eran totalmente desconocidas, como por ejemplo que algunos psiquiatras de los CSM no recibían el informe de alta, cuando este era entregado al 100% de los pacientes al alta. El **anexo 3** incluye un artículo publicado sobre esta experiencia. A continuación se presenta un resumen de la metodología utilizada y los resultados obtenidos en el último estudio.

**Población:** Encuesta enviada a un psiquiatra de cada CSM de las Áreas Sanitarias cubiertas por la Unidad. Total de cuestionarios enviados: 22.

**Método:** Escala de satisfacción de creación propia. Envío y recepción de respuestas mediante correo. Se realiza una llamada telefónica personal reiterando la importancia del envío de la respuesta. El estudio es anónimo.

**Resultados:** El índice de respuesta fue 71,4%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla 3, en una escala de respuesta del 1 al 5 donde 1 significa “totalmente en desacuerdo” con lo expresado en el enunciado y 5 “totalmente de acuerdo”. Ningún ítem obtiene un resultado medio inferior a 3 “Ni acuerdo, ni desacuerdo”. Siete comentarios abiertos que cubrían un total de 9 temas.

Tema de la pregunta	Media	Mediana	Desv. Típica
Conozco la Unidad y sus instalaciones	4,07	4	1,44
Conozco al médico responsable de mi paciente	4,43	4	0,51
La Unidad da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso	4,21	4	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la Unidad	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 familiares me refieren satisfacción con la Unidad	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

- **Criterio 5: Procesos:** En la autoevaluación se detecta la necesidad de trabajar en la definición de los procesos de la Unidad, para lo que se crea un grupo de trabajo. El trabajo de este grupo fue bastante lento y dificultoso en una primera fase, principalmente por la falta de conocimientos específicos de sus integrantes. Para facilitar su trabajo, en el año 2006 se impartió un curso de gestión y mejora de procesos asistenciales. A partir de ahí, se ha identificado el proceso de tratamiento al paciente como el proceso clave de la UADO y se ha definido el proceso ingreso con sus posibles

alternativas e indicadores de medición de resultados. Se trabaja también en la estandarización de la práctica clínica (se han elaborado 30 protocolos de actuación) y en la mejora de la seguridad de los procesos. Por ejemplo, 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 profesionales.

**Criterio 6: Resultados en los clientes:** Desde que se inauguró la UADO se realizan estudios de satisfacción de familiares de pacientes mediante cuestionarios autocumplimentados anónimos que se entregan en mano a todas las altas y se analizan semestralmente. En las evaluaciones de los años 2001 y 2002 sólo 3 ítems obtenían una puntuación inferior a 9: Información sobre el trastorno y el tratamiento recibido (8,95), adecuación de las condiciones físicas de la Unidad (8,07) y ayuda psicológica a familiares y tutores (7,89). Se elaboran e implementan planes de mejora en estas áreas. Posteriormente se observa que la mejora de las puntuaciones es estadísticamente significativa en las tres variables en las que se estaba trabajando, mientras que las demás puntuaciones, en las que no se realizan acciones específicas, sólo sufren ligeras oscilaciones que no tienen significación estadística. Desde el año 2004 hasta el último estudio realizado todos los aspectos evaluados obtienen una mediana de 10 y una media superior al 9, a excepción de la adecuación de las condiciones físicas de la Unidad que obtiene una puntuación de 8,78 de media en el último estudio. En el último estudio realizado se obtiene una media de satisfacción de 9,3 en una escala sobre 10. A continuación se resumen los últimos datos de este estudio:

**Población:** Familiares o tutores de todos los pacientes ingresados en la Unidad. Se entrega una encuesta de satisfacción por paciente.

**Método:** La encuesta se entrega personalmente a los familiares en el momento del alta del paciente. Se devuelve cumplimentada en los buzones dispuestos para ello a la entrada de la Unidad o mediante envío por correo. Las respuestas son totalmente anónimas. Estos resultados se comparan con otra unidad de características similares.

**Resultados:** El índice de respuesta obtenido en el último estudio fue 34%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla 2, en una escala de respuesta del 1 al 10. Sólo dos ítems obtienen una puntuación inferior (aunque muy cercana) a 9. Es preciso destacar que ambas puntuaciones han sufrido un incremento significativo desde la última evaluación, 0,87 la adecuación de las condiciones físicas de la unidad y 1,07 la ayuda psicológica a familiares y tutores. La tabla adjunta presenta los resultados obtenidos en este estudio los últimos cuatro años. Respecto a la comparación con la otra unidad, 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.

Tabla 6.A.1.				
MEDIA EN LAS RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES				
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 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	9,44	9,38	9,38	y eficacia profesional del equipo				
------------------------------------	------	------	------	-----------------------------------	--	--	--	--

- **Criterio 7: Resultados en las personas:** Se recoge información de varios indicadores de formación y producción científica de los profesionales, entendiendo que estos datos reflejan la posibilidad de realizar actividades de desarrollo profesional en la UADO y por lo tanto influyen directamente en la satisfacción de los profesionales. Mejoran significativamente los datos de todos estos indicadores, entre los que cabe destacar: incremento muy significativo de los cursos de formación recibidos por los profesionales de la UADO (de 4 cursos al año en 2001 y 2002 a 50 en 2007), incremento de los artículos publicados (de 7 en 2001 a 17 en 2007), incremento de las comunicaciones y postres presentados en congresos (de 9 en 2001 a 28 en 2007) y aumento de los capítulos de libro publicados (de 1 en 2001 a 2 en 2007). La evolución positiva de estos indicadores ha sido progresiva durante estos años.

Otro sistema utilizado para medir la satisfacción de los profesionales es una encuesta bi-anual anónima de satisfacción. Hasta la fecha se han realizado ya tres estudios, el último de ellos en el año 2007, cuyos datos principales se resumen a continuación:

**Población:** Todos los trabajadores que prestan servicios en la Unidad de forma continua (excluyendo estudiantes, profesionales en rotación, etc.) de todas las categorías profesionales.

**Método:** Se utiliza el cuestionario de satisfacción "Font-Roja", previamente validado en el medio asistencial. Se entrega en mano el cuestionario a todos los trabajadores y las respuestas se depositan en un buzón cerrado situado en la Unidad y destinado a este fin. Se reitera periódicamente la importancia de su devolución.

**Resultados:** El índice de respuesta fue 76,5%. Los resultados obtenidos en cada respuesta están reflejados en la tabla en una escala de respuesta del 1 al 10, donde las puntuaciones más bajas reflejan una menor satisfacción con el tema tratado y las puntuaciones altas una mayor satisfacción. 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.

Tema de la Pregunta	Media	Desv. típica
Variación del trabajo diario en la Unidad	7	1,4
Responsabilidad en el trabajo en la Unidad	8,5	0,7
Cansancio al final de una jornada laboral	5,8	1,3
Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	6,1	1,2
No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,2	0,8
Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	6,6	1,3
Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,8	0,9
Independencia para organizar mi trabajo	7,1	1,3
Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,8	1,3
Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	9	0,6
Sensación de que lo que hago vale la pena	8	1,1
El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	7,2	1,3
La relación con mi/s jefe/s-as es muy cordial	8,5	0,8
Relaciones con compañeros son muy cordiales	8,6	0,7
El sueldo es muy adecuado	3,8	1
Mi trabajo es adecuado a mi formación y capacidad	6,5	1,2
Oportunidades de promoción profesional	4,7	1,1
Tiempo para realizar mi trabajo	5,4	1,1
Se lo que se espera de mi por parte de mis jefes/as	7,4	1,1
Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,8	1,1
Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	6,7	1
Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,9	0,6
Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	6,8	1,3
La competitividad en mi trabajo me causa estrés	7,1	1



**- Criterio 8: Resultados en la sociedad:** Entre los resultados de presencia en la sociedad destaca un aumento de las apariciones en medios de comunicación, a excepción del año de la inauguración por el impacto mediático que supuso (incremento de un 66% desde 2001 a 2007). Aumento de la utilización de la página Web de la UADO, que comenzó a medirse en 2003 (incremento del 180% en estos 3 años). Aumento progresivo del número de profesionales que rotan anualmente en la Unidad, hasta alcanzar el límite máximo de 3 residentes simultáneos (desde 8 en 2001 a 17 en el último año) y tener en la actualidad todas las plazas de residentes cubiertas hasta el año 2009.

La obtención de varios reconocimientos públicos a partir de la difusión del trabajo llevado a cabo en la UADO es también un resultado directo de la repercusión en la sociedad del trabajo de esta Unidad:

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:** En relación a los resultados clave se ha trabajado en dos líneas complementarias: por una parte, elaborar instrumentos e indicadores de medición de resultados y, por otra parte, mejorar los resultados obtenidos.

Respecto a la elaboración de instrumentos de evaluación, cabe destacar el trabajo de validación en español y utilización de la escala HoNOSCA al inicio y al alta del paciente para recoger información clínica y de información y conocimiento de los padres, o la elaboración de una base de datos sociodemográficos y clínicos.

Respecto a los datos de movimiento asistencial, a pesar de un empeoramiento puntual de algunos indicadores en el año 2007 (que se está analizando en la actualidad para poner en marcha las iniciativas de mejora necesarias) las tendencias muestran un aumento progresivo del número de ingresos, una disminución de la estancia media y un aumento del índice de ocupación. La disminución de estancias y ocupación puntual en el año 2007 es en parte debida a la disminución en la estancia media tan acusada que tuvimos el año pasado. Esto ha sucedido a pesar de que ha aumentado la complejidad de los casos tratados. Los pacientes con un único diagnóstico han ido disminuyendo, mientras que aumentan progresivamente los pacientes con 4, 5 y más de 5 diagnósticos codificados al alta, lo que refleja una mayor complejidad clínica en la población tratada. En cuanto a los resultados de calidad de la asistencia, no ha habido ningún suicidio ni intento de suicidio grave en los 7 años de funcionamiento de la Unidad, se observa una mejora de la continuidad asistencial con los Centros de Salud Mental (incremento de la percepción sobre la recepción del informe de alta del 10,3% y de la adecuación de la demora para el ingreso del 66%). La mejora de la calidad de la historia clínica se refleja en un 100% de diagnósticos codificados, disminución del número de historias retenidas en el servicio hasta llegar a no retener ninguna los tres últimos años y disminución de 8 días en la demora media de entrega de historias.

Respecto a los resultados de investigación, otro de los objetivos básicos de la UADO, la Unidad pasó en el año 2004 de ocupar la posición 10 en cuanto a producción científica del hospital a la 7. Para realizar esta investigación, se obtiene financiación de distintas fuentes públicas y privadas, habiéndose obtenido más de tres millones de euros en los 7 años de funcionamiento la Unidad y financiación para la contratación de 8 profesionales dedicados exclusivamente para investigación a tiempo completo. Desde la UADO se ha coordinado la única Red Nacional de Investigación en psiquiatría infanto-juvenil del Instituto de Salud Carlos III y más de quince proyectos coordinados de investigación. Desde enero de 2007 el Jefe de Sección de la Unidad es el Director Científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental que engloba 25 grupos de investigación y más de 300 investigadores.

### **3.4- Resultados de la experiencia piloto de aplicar el modelo EFQM como sistema de autoevaluación a nivel de una unidad de hospitalización**

Previamente se ha indicado que este proyecto tenía como objetivo secundario avanzar en la aplicación del Modelo EFQM al sector sanitario mediante su utilización a nivel de una unidad de hospitalización, puesto que hasta el momento en que se inició este trabajo prácticamente no había experiencias previas de aplicación de este modelo a nivel de unidad y, por lo tanto, se desconocía su utilidad, sus beneficios y sus dificultades al aplicarlo a este nivel de la organización.

Esta experiencia muestra que el EFQM es un marco válido para la evaluación periódica del funcionamiento de la Unidad. De los 32 sub-criterios que componen el modelo, sólo el subcriterio 4B “Gestión de recursos económicos y financieros” tuvo que excluirse de la autoevaluación, puesto que los aspectos económicos se gestionan a nivel de hospital. Los demás subcriterios sí fueron relevantes, aunque en algunos casos fue necesario focalizar la atención en aquellos aspectos que eran directamente controlables por la unidad. Por ejemplo, en criterio 5 “procesos” fue sencillo evaluar los procesos clave, pero en el caso de los procesos de apoyo fue necesario hacer un esfuerzo por centrarse únicamente en la parte de los procesos que está directamente gestionada desde la UADO. El principal obstáculo encontrado al trabajar a este nivel de la organización es que no siempre es posible actuar sobre las diferentes áreas de interés del modelo EFQM en organizaciones sanitarias públicas y menos aún desde el nivel operativo de la Unidad, ya que muchos temas escapan de la capacidad de actuación de los trabajadores de la Unidad. Esto podría influir en la motivación del personal en el proyecto, al observar la falta de resultados en algunos aspectos que son considerados clave. Para la aplicación del Modelo a nivel de una unidad, es preciso hacer un importante trabajo de delimitación del área de estudio, excluyendo del proceso aquellos aspectos sobre los que no se puede actuar ya que vienen definidos por niveles superiores en el hospital o por otros organismos externos.

La relevancia de esta experiencia en relación a la aplicación del modelo EFQM con una metodología novedosa y, sobre todo, a un nivel de la organización en el que prácticamente no se había utilizado previamente, queda reflejada por las numerosas publicaciones científicas resultantes de esta experiencia, especialmente un artículo publicado en la revista de calidad asistencial existente que tiene un mayor factor de impacto a nivel internacional (incluido en el **anexo 3**). Para que el trabajo realizado pueda servir de guía para experiencias similares en otras organizaciones todos los materiales utilizados para la autoevaluación, así como el plan de mejora de calidad, están colgados en la página Web de la Unidad con acceso público.

## 5- CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de gestión de calidad basado en el Modelo EFQM en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón ha supuesto una mejora de la calidad de la gestión de la misma, que se ve reflejada en un aumento de 198 puntos desde que se realizó la primera autoevaluación en el año 2003 hasta la más reciente, realizada en diciembre de 2007, en la que se ha alcanzado una puntuación total de 406 puntos. Aunque el número de puntos obtenidos en la autoevaluación no es importante en sí mismo, tiene mucha relevancia por ser un reflejo directo de la mejora de la calidad asistencial que se ofrece a los usuarios, ya que la puntuación de la autoevaluación viene determinada, principalmente, por una mejora en los resultados de la mayoría de los indicadores evaluados, tanto de rendimiento como de satisfacción de los principales grupos de interés de la Unidad.

Aunque no es posible establecer una relación directa de causalidad entre la introducción del nuevo sistema de gestión basado en el Modelo EFQM y la mejora de los resultados de los indicadores, sí que podemos afirmar que la introducción de este Modelo ha sido el único cambio significativo en el sistema de gestión, en la estructura y en la organización de la Unidad. Ante la estabilidad del resto de las variables que pudiesen provocar esta mejora de resultados, consideramos que la utilización de los principios y la metodología de gestión de calidad contenidos en el EFQM sirven como mecanismo “activador” de la organización. La aplicación del EFQM ha fomentado la implicación de los profesionales en la mejora del sistema de trabajo, al ayudarles a ser conscientes de los aspectos problemáticos de su trabajo y, más importante si cabe, proporcionarles la guía y las herramientas necesarias para mejorarlo.

Este trabajo es un ejemplo práctico de que los principios de mejora de la calidad y el Modelo EFQM pueden aplicarse a cualquier nivel de las organizaciones, incluso a pequeña escala como es el caso de una Unidad hospitalaria, sin que sea necesaria la existencia de una estructura a nivel superior que promueva y coordine la implantación vertical de este tipo de proyectos. Para la aplicación del Modelo a nivel de una unidad hospitalaria es preciso hacer un importante trabajo de delimitación del área de estudio, excluyendo del proceso aquellos aspectos sobre los que no se puede actuar a nivel de unidad ya que vienen definidos por niveles superiores en el hospital o por otros organismos externos de gestión.

**Es preciso resaltar que todo el trabajo realizado ha sido promovido y llevado a cabo por los trabajadores de la Unidad, sin contar con recursos materiales, económicos o humanos extraordinarios y sin que ello supusiese en ningún momento un perjuicio para la actividad asistencial llevada a cabo en la Unidad y el tratamiento ofrecido a los pacientes. Muy al contrario, ha supuesto una mejora tanto de la atención prestada a los pacientes como de la rentabilidad de los recursos del sistema sanitario público, puesto que los resultados muestran que actualmente se atiende anualmente a un mayor número de usuarios (con una complejidad clínica mayor) con el mismo consumo de recursos y con unos niveles superiores de calidad asistencial. Por este motivo, este proyecto es un claro ejemplo de cómo se pueden obtener mejoras en las instituciones sanitarias públicas a través de la creatividad, la motivación y la utilización de una metodología adecuada.**