

**ANEXO 2:**

**Unidad de Adolescentes**  
Departamento de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón

**PLAN DE CALIDAD**  
2008 – 2009

**Unidad de Adolescentes**  
**Departamento de Psiquiatría. Hospital Gregorio**  
**Marañón**

**PLAN DE CALIDAD**  
**2008 – 2009**

**Enero de 2008**

## **CONTENIDOS**

# **1- INTRODUCCIÓN**

La preocupación por la calidad de la asistencia prestada ha sido un elemento constante entre los trabajadores de la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (UADO). Este interés firme por la calidad promovió el desarrollo de iniciativas de evaluación y mejora desde el momento de la inauguración de la Unidad, en Noviembre de 2000.

En noviembre de 2002, los profesionales de la UADO se plantean la necesidad de implantar un sistema que les guiase en la organización de las actividades encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia que prestaban a los usuarios. Siguiendo las directrices de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid y las directrices del propio hospital, de entre los modelos existentes se escoge el Modelo de Excelencia de la “European Foundation for Quality Management” (EFQM) como modelo conceptual y metodológico para realizar autoevaluaciones y para guiar las acciones de mejora de calidad. Tras un trabajo de aprendizaje y preparación, en el año 2003 se realizó la primera autoevaluación de la UADO mediante el modelo EFQM. Dos años después, en 2005, siguiendo los objetivos que entonces se marcaron, se realizó una nueva autoevaluación para valorar las mejoras alcanzadas e identificar nuevas oportunidades de mejora.

A finales del año 2007 se ha realizado la tercera autoevaluación de la UADO, un logro destacable puesto que supone no sólo una apuesta inicial por la calidad sino sobre todo la perseverancia de los profesionales y la constancia necesaria para implementar cambios en la organización que repercutan en mejoras tanto para los pacientes como para los profesionales.

En este plan de calidad se establecen las bases para el trabajo que se llevará a cabo durante los dos próximos años para alcanzar los objetivos planteados a partir de la información recogida durante esta tercera autoevaluación. Entendiendo que el trabajo para mejorar la calidad debe ser algo vivo que se adapte a las circunstancias del momento, sólo se plantean indicaciones generales que deberán ser concretadas, revisadas y actualizadas por los profesionales de la Unidad siempre que sea necesario.

## **2- POLÍTICA DE CALIDAD**

La Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón tiene al cliente, entendiendo al **cliente** como el paciente y su familia, en el centro de su sistema de gestión y entiende que conocer y dar respuesta a sus necesidades y expectativas es el principal objetivo de su trabajo.

Los **trabajadores** son considerados el recurso más importante de la Unidad. Para su motivación, satisfacción y crecimiento profesional se estructuran sistemas de trabajo basados en el trabajo en equipo que favorezcan el aprendizaje continuo. Además, se entienden los problemas detectados y las soluciones propuestas desde el punto de vista de la organización y no desde el punto de vista del profesional, por lo que se crea un clima de trabajo no punitivo.

Las decisiones están basadas en **datos y hechos objetivos** y para ello se trabaja constantemente en la construcción de sistemas de evaluación y de recogida de datos de todas las áreas de interés de la organización.

La **mejora continua de la calidad** que se ofrece a los usuarios es uno de los principios rectores de la Unidad. Los problemas detectados se convierten en una oportunidad de mejora y se establecen sistemas de trabajo y planes de acción para llevarlas a cabo. Para la mejora continua de la calidad se utiliza la **autoevaluación** como instrumento clave, entendiendo que la detección de problemas por los propios trabajadores es una actividad que motiva el trabajo para su mejora.

Se trabaja en la **protocolización** de la actividad asistencial para asegurar una calidad de la asistencia óptima a todos los usuarios atendidos. Además, se enfatiza la **continuidad asistencial** como un elemento de calidad clave. A nivel interno, esta continuidad se trabaja mediante la gestión por procesos mientras que a nivel externo se potencia el trabajo conjunto con recursos extra-hospitalarios.

Estos principios quedan reflejados y concretados operativamente en este Plan de Calidad y en la gestión diaria de la Unidad. Además, este documento refleja los principios de la misión, visión y valores de la Unidad, que se incluyen a continuación:

## 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

## **3- MODELO DE CALIDAD**

El Modelo de Calidad utilizado en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría tiene dos bases fundamentales: el **modelo EFQM** de excelencia empresarial y el **Plan Estratégico del Hospital Gregorio Marañón** (junto con su adaptación al Departamento de Psiquiatría). El Modelo EFQM representa las bases conceptuales y metodológicas, mientras que el Plan Estratégico del Hospital marca la orientación y las líneas estratégicas en las que trabajarán todos los Servicios del hospital durante los próximos años. El Plan Estratégico, a su vez, ha sido concretado y adaptado a la realidad del Departamento de Psiquiatría. A partir de estas dos bases, se desarrolla el presente plan de calidad:

### 3.1. MODELO EFQM

El Modelo de Calidad utilizado en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría es el **Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Improvement (EFQM)**. Se utiliza el EFQM como modelo conceptual y como instrumento de autoevaluación.

Instrumento de auto evaluación, el Modelo de la EFQM está compuesto por nueve criterios y 32 subcriterios, cuyo contenido se utiliza en la UADO para redactar la memoria de la unidad y para realizar la autoevaluación, comprobando el nivel de desarrollo de la unidad en relación al contenido de cada uno de estos criterios. Como Modelo teórico, la EFQM se basa en un conjunto de ocho conceptos fundamentales, que sostienen la definición de “Excelencia”. En la UADO se utilizan estos conceptos de excelencia como modelo teórico para agrupar y estructurar los objetivos globales de la organización y, principalmente, como conceptos guía en los que se fundamenta la gestión de la Unidad.

Los **Conceptos Fundamentales de Excelencia** constituyen la base del Modelo EFQM. Estos conceptos representan un modelo teórico general para abordar la calidad en una organización, para ubicar las diferentes iniciativas, eliminar duplicidades e identificar carencias. Estos conceptos no son excluyentes entre sí y juntos forman las directrices teóricas hacia las que debe dirigirse la organización.

- **Orientación hacia los resultados:** La excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización. Estos grupos de interés están compuestos por las personas que trabajan en ella, los clientes, accionistas, proveedores y la sociedad en general.

- **Orientación al cliente:** El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
- **Liderazgo y Coherencia en los Objetivos:** El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad de los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar la excelencia.
- **Gestión por Procesos y Hechos:** Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable.
- **Desarrollo e Implicación de las Personas:** El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomentan la implicación de todos.
- **Aprendizaje, Innovación y Mejora Continuos:** Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- **Desarrollo de Alianzas:** La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus “partners” relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.
- **Responsabilidad Social:** El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la sociedad en su conjunto.

### **3.2. PLAN ESTRATEGICO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. GREGORIO MARAÑÓN**

El plan estratégico del Departamento de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón establece cuáles son las líneas principales de desarrollo del Departamento para los próximos años. Es importante establecer conexiones entre los objetivos establecidos en el plan estratégico y los objetivos resultantes de las áreas de mejora identificadas en la Unidad de Adolescentes durante la aplicación del EFQM. De esta forma, habrá un plan de trabajo integrado y fácilmente comprensible para los profesionales encargados de llevarlo a la práctica.

No se pretende repetir en este documento la información contenida en el Plan Estratégico de Psiquiatría, pero sí resaltar sus líneas de acción principales para los próximos años, pues estas líneas se traducen en objetivos concretos para la Unidad que están contenidos en el apartado 6 de este plan de calidad.

- Guías de práctica clínica: Se trabajará en la utilización de guías de práctica clínica como método de estandarización de la práctica clínica. En una primera fase se aplicarán las guías clínicas de las siguientes patologías: Depresión mayor en su primer ingreso, depresión resistente, trastorno esquizofrénico, trastorno de la personalidad, trastorno bipolar y trastornos refractarios.
- Protocolos de actuación: Se trabajará en el desarrollo y aplicación (o mejora, si están ya en funcionamiento) de protocolos de actuación en situaciones especialmente críticas. Las situaciones que serán protocolizadas en primer lugar serán: riesgo de suicidio, sujeción mecánica, lesiones producidas en la Unidad, seguridad (máxima observación), desintoxicación, detección del síndrome neuroléptico maligno, y pacientes con reiterado mal uso de la hospitalización.
- Atención “clientelizada”: La correcta atención al paciente y a sus familiares es una de las líneas básicas. Entre las acciones previstas para atender correctamente a los pacientes se contempla la redacción de la guía del paciente, con información sobre el funcionamiento interno de la Unidad, derechos y deberes, horarios, etc.
- Gestión de calidad: Esta línea se centra principalmente en la mejora del uso de la historia clínica y de los planes terapéuticos individualizados.

## **4- SISTEMA DE TRABAJO**

## **4.1. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD**

Para la estructura del sistema de calidad, la Unidad de Adolescentes debe seguir los principios metodológicos de la mejora continua, reflejados en los círculos clásicos de calidad (“Plan-Do-Check-Act”) definidos por Deming, que en el EFQM se materializan en el esquema lógico REDER. El concepto **REDER** es el esquema general de mejora continua para la mejora de los resultados y de los agentes facilitadores que los soportan, y está compuesto por las fases “Resultados-Enfoque-Despliegue-Evaluación-Revisión”.

Puesto que el trabajo en calidad de la Unidad está guiado por los principios conceptuales y metodológicos del Modelo EFQM, para llevarlo a la práctica se seguirán las fases descritas en el esquema REDER. Para facilitar la comprensión del sistema a los trabajadores de la Unidad, se ha modificado el nombre de las fases a otros más habituales, pero se han mantenido los contenidos de cada una de ellas.

- Los “resultados” aparecen en primer lugar este esquema puesto que determinar los resultados que la organización quiere lograr debe ser parte del proceso de elaboración de su política y estrategia. En la Unidad de Adolescentes en esta primera etapa incluye, la adaptación de las líneas estrategias del hospital a la Unidad, la definición de la Política de Calidad y el análisis de la situación inicial. Esta etapa inicial se ha denominado “**Definición de estrategias y análisis de situación**”.
- El “enfoque” se refiere a la planificación y el desarrollo de una serie de enfoques sólidamente fundamentados e integrados que llevarán a la organización a obtener los resultados esperados. En la UADO esta fase incluye principalmente la elaboración del presente plan de calidad y se ha considerado “**Planificación**”.
- El “despliegue” cubre cómo y en qué medida el enfoque es puesto en práctica en la organización. Se trataría de desplegar los enfoques de manera sistemática para asegurar una completa implantación de los mismos. Esta fase se ha denominado “**Trabajo en acciones de mejora**”.
- La “evaluación y revisión” cubre cómo la organización mide y revisa la efectividad del enfoque y del despliegue, y cómo se mejoran cuando es necesario. En la UADO en esta fase se incluye la monitorización de las acciones de mejora de calidad y la evaluación de

los resultados obtenidos. Esta fase, por lo tanto, se denomina “**Monitorización y evaluación**”.

Con el fin de coordinar el trabajo que se lleva a cabo en cada una de estas fases y mantener informados a los profesionales sobre la evolución del trabajo, es necesario establecer un espacio de coordinación y comunicación. 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 decide utilizar los mecanismos existentes, integrando la coordinación de las acciones de calidad en las **Reuniones Trimestral de Equipo**, que se consideran el principal medio de coordinación del sistema de gestión de calidad.

El sistema de trabajo en mejora de calidad de la Unidad de Adolescentes, por lo tanto, queda estructurado en las siguientes fases:

- 1-Análisis de situación. Identificación de oportunidades de mejora.
- 2- Planificación del trabajo
- 3- Trabajo en acciones de mejora
- 4- Monitorización y evaluación
- 5- Reuniones trimestrales de gestión.

A continuación se detalla el sistema de funcionamiento de estas cinco fases.

#### **4.1.1. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN.**

Dentro de esta primera fase se pueden definir dos niveles. El primer nivel sería el desarrollo de líneas estratégicas y objetivos generales, que en gran medida vienen marcados por las políticas sanitarias y, sobre todo, por el propio hospital. En un segundo nivel estaría el análisis de situación de la Unidad para detectar sus principales puntos débiles, que se lleva a cabo mediante las autoevaluaciones con el Modelo EFQM.

- El nivel estratégico: El desarrollo de la las líneas estratégicas de la Unidad no es algo que se decida de forma independiente sino que viene marcado por las directrices del entorno sanitario en el que se encuentra inmerso. Es preciso tener en cuenta, en primer lugar, las directrices marcadas

desde el Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid y desde el Departamento de Salud Mental.

La Dirección del Hospital Universitario Gregorio Marañón establece sus líneas estratégicas a partir de autoevaluaciones que realiza mediante el Modelo EFQM. La estrategia del hospital debe ser adaptada de forma concreta y operativa en todos los departamentos. El Departamento de Psiquiatría, por lo tanto, crea su propia estrategia mediante la adaptación de estas líneas estratégicas a las características de la población tratada. Siempre que el hospital revisa sus líneas estratégicas, estas son también revisadas por los departamentos. Las líneas estratégicas de la Unidad están definidas en este plan estratégico del Departamento de Psiquiatría. En este plan de calidad se especifican los objetivos concretos para llevar a la práctica las líneas estratégicas de la Unidad.

- El análisis de situación: El análisis de situación se realiza a través de una autoevaluación de la Unidad siguiendo las directrices del EFQM. La metodología para llevar a cabo la autoevaluación viene resumida en los siguientes pasos:

- Creación de un grupo evaluador con la máxima representatividad posible de todos los colectivos profesionales.
- Formación al grupo evaluador (si la necesitan).
- Redacción / actualización de la memoria de la Unidad siguiendo el esquema de “simulación de presentación al premio”.
- Revisión de la memoria por todos los trabajadores de la Unidad y aportación de sugerencias al documento.
- Autoevaluaciones individuales de todos los miembros del grupo evaluador utilizando como base la información contenida en la memoria de la Unidad.
- Sesiones de consenso (tantas como sean necesarias) para analizar las preguntas en las que discrepan los distintos evaluadores, identificar puntos fuertes y áreas de mejora.
- Priorización de las oportunidades de mejora identificadas.

#### 4.1.2. PLANIFICACIÓN

Una vez priorizadas las áreas de mejora de la Unidad identificadas a través de la autoevaluación, es necesario planificar el trabajo que se llevará a cabo. La planificación de este trabajo incluye las siguientes fases:

- Información a todos los miembros de la Unidad sobre los objetivos a llevar a cabo en el siguiente periodo.
- Identificación de un responsable para cada objetivo de calidad. Las funciones de los “Responsable de Objetivos de Calidad” vienen especificadas en el punto 4.2.
- Creación de un grupo de trabajo, en los casos en los que sea necesarios que distintas personas o disciplinas trabajen juntas en un determinado objetivo de calidad.
- Redacción de un plan de acción para cada uno de los objetivos. Este plan de acción incluirá, al menos, información sobre las actividades previstas, las personas necesarias para llevarlas a la práctica, el cronograma de trabajo y el método de evaluación de su cumplimiento.

#### 4.1.3. TRABAJO EN ACCIONES DE MEJORA

Una vez aprobados los planes de acción para cada objetivo, estos se llevan a la práctica según la metodología y los plazos especificados en dicho plan. Las reuniones o sesiones de trabajo se organizan temporalmente en los momentos de menor presión asistencial, para minimizar la posibilidad de que interfieran con la actividad clínica de los profesionales.

Se facilitarán a los profesionales los medios y conocimientos que necesiten para llevar a la práctica las acciones encomendadas.

#### 4.1.4. MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

La **monitorización** supone el seguimiento continuo de los resultados de la Unidad. La Unidad dispone de un conjunto de indicadores clave que se evalúan periódicamente para detectar posibles irregularidades en la actividad o la calidad de la atención. La periodicidad de la evaluación está definida específicamente para cada indicador. Estos indicadores son revisados por los líderes de la Unidad y los resultados se presentan periódicamente en las reuniones de gestión.

El conjunto de indicadores utilizado para la monitorización de la Unidad es amplio y va aumentando cuando se identifica la necesidad de algún indicador nuevo (lo que sucede principalmente durante las autoevaluaciones). Algunos de estos indicadores son comunes para

todas las unidades del Departamento de Psiquiatría y miden los resultados obtenidos en las líneas estratégicas del Hospital y del Departamento. En el apartado 5 se incluyen los indicadores mínimos de monitorización que se utilizarán durante este periodo. A estos indicadores se irán sumando otros a medida que se detecte su necesidad.

Además de esta monitorización continua, **se evalúan los resultados de acciones específicas**. Al definir los planes de acción para trabajar en las áreas de mejora que se han identificado durante la autoevaluación o mediante algún otro medio, junto con las acciones a llevar a cabo se definen los indicadores con los que se medirá el resultado esperado. El responsable de cada objetivo será también el responsable de su evaluación. Estos indicadores se deben medir durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo como para comprobar que la mejora implantada obtiene los resultados esperados de forma consistente.

Cada dos años se realiza una **evaluación global** del funcionamiento de la Unidad mediante las autoevaluaciones según el Modelo La metodología para llevar a cabo esta autoevaluación está descrita en el punto 4.1.1. Estas autoevaluaciones bianuales sirven de sistema de evaluación global de la evolución de la Unidad, puesto que se compara el nivel de desarrollo de la Unidad respecto al modelo EFQM en todos los aspectos cubiertos por los criterios y subcriterios del Modelo. Al mismo tiempo, la autoevaluación sirve de sistema de detección de oportunidades de mejora en las que se basará el futuro trabajo, con lo que se cierra así el círculo completo de mejora de calidad.

#### **4.1.5. REUNIONES TRIMESTRALES DE EQUIPO:**

Las reuniones trimestrales de equipo se perfilan como el principal mecanismo de coordinación de las acciones de mejora de calidad. A continuación se describen brevemente las líneas básicas de funcionamiento de estas reuniones:

- **Miembros integrantes:** Todos los trabajadores de la Unidad, de todos los turnos horarios.
- **Periodicidad:** Para las reuniones ordinarias, se establece una periodicidad trimestral. Se realizarán reuniones extraordinarias cuando se considere necesario o al detectar fallos en el funcionamiento de la Unidad con la suficiente entidad para necesitar un análisis y un plan de acción inmediatos.
- **Temas a tratar:** Las reuniones trimestrales abarcan diversos temas sobre el funcionamiento de la Unidad. A estos temas habituales se añade el de la comunicación y discusión de las acciones

---

de calidad que se estén llevando a cabo en cada momento concreto. Los siguientes temas serán transmitidos y tratados en este foro:

- 1- Comunicación de las líneas estratégicas del hospital, de la Política de Calidad de la Unidad y de los objetivos generales.
  - 2- Planificación de las autoevaluaciones mediante el Modelo EFQM. Gestión de la información y actividades necesarias para su desarrollo.
  - 3- Revisión de los resultados de las autoevaluaciones, de los indicadores de monitorización de calidad, de los datos de satisfacción de todos los grupos de interés y de estudios puntuales de evaluación de calidad.
  - 4- Comunicación y análisis de los objetivos de calidad resultantes de las autoevaluaciones u otros medios.
  - 5- Asignación de responsables para cada uno de los objetivos de calidad que se apruebe llevar a la práctica.
  - 6- Seguimiento de la evolución de las acciones de mejora de calidad que se estén llevando a cabo.
  - 7- Comunicación y análisis de las oportunidades de mejora que identifiquen los miembros de la organización.
- ***Sistema de funcionamiento:*** El responsable de la Unidad actúa como secretario de estas reuniones. Elabora las actas, que son distribuidas a todos los trabajadores de la Unidad y oportunamente archivadas y conservadas en lugar accesible. Las actas incluyen una relación de todos los asistentes a la reunión y son documentadas según el formato establecido.

En cada reunión trimestral se comunica la convocatoria a la siguiente reunión trimestral quedando reflejada en las actas dicha fecha. Se realiza una nueva convocatoria a la reunión por escrito al menos una semana antes de su realización. Junto con la convocatoria se ofrece una agenda abierta para que los trabajadores que lo consideren necesario tengan oportunidad de incluir algún punto a tratar. El seguimiento de las acciones de calidad será, por defecto, un punto de la agenda final.

## **4.2. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Teniendo en cuenta que, como concepto básico, la calidad debe ser responsabilidad de todos los miembros de cualquier organización, la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría entiende

que **todos los profesionales deben conocer el sistema de gestión de calidad de la Unidad e implicarse en su desarrollo**. Además de esta implicación general es preciso definir las responsabilidades de cada uno de los profesionales y, de esta forma, asegurar que hay un responsable de que cada una de las actividades de planificación, desarrollo y evaluación de la calidad se lleven a la práctica.

En esta definición de funciones y responsabilidades se establecen tres grupos: los líderes de la Unidad, los “Responsables de objetivos de calidad” y todos los profesionales. Estos tres grupos no son excluyentes entre sí, puesto que distintos trabajadores actuarán como “Responsables de Objetivos de Calidad”, incluidos los líderes de la Unidad. Cuando las personas tengan roles en más de una categoría deben asumir las funciones y responsabilidades de cada una de ellas.

### ***1- Funciones y responsabilidades de los líderes de la Unidad***

Se consideran líderes de la Unidad de Adolescentes al **Jefe de Sección** y a la **Supervisora de Enfermería**, aunque otros profesionales puedan también ocupar posiciones de liderazgo en distintos momentos. El Jefe de Sección y la Supervisora de Enfermería se consideran los responsables últimos de la gestión de la Unidad y, por lo tanto, deben evidenciar su compromiso con el desarrollo, la implantación y la mejora del sistema, actuando como ejemplo para los demás profesionales. Además, actúan de vínculo entre la Unidad y el resto del Hospital, especialmente el Departamento de Psiquiatría, recogiendo las directrices generales del hospital, adaptándolas a la realidad de la Unidad y transmitiéndoselas a los profesionales. Esta responsabilidad global en el funcionamiento del sistema de calidad se concreta en las siguientes responsabilidades y funciones:

- Conocer las líneas estratégicas del hospital, participar en su adaptación al Departamento de Psiquiatría y adaptarlas a la realidad de la UADO.
- Definir y aprobar la Política de Calidad y el Plan de Calidad de la Unidad.
- Comunicar a los profesionales la orientación de la organización, los principios relativos al sistema de gestión de la calidad y su sistema de funcionamiento.
- Planificar y liderar el proceso de evaluación y detección de oportunidades de mejora de la Unidad mediante autoevaluaciones periódicas.
- Aprobar los objetivos de calidad resultantes de autoevaluaciones, objetivos anuales de la Unidad y objetivos resultantes de cualquier otro medio.

- Asegurar que cada objetivo de calidad tiene un profesional responsable encargado de llevarlo a la práctica, ya sea individualmente o en grupo de mejora.
- Proporcionar los recursos humanos, materiales y metodológicos necesarios para el correcto funcionamiento del sistema de gestión de calidad.
- Planificar las evaluaciones periódicas del progreso de las acciones derivadas de los objetivos de calidad en las reuniones trimestrales de gestión y, si fuese necesario, establecer otros métodos adicionales de seguimiento del sistema.

## ***2- Funciones y responsabilidades de los Responsables de Objetivos de Calidad:***

Se consideran “Responsables de Objetivos de Calidad” a los profesionales a los que se ha asignado el compromiso de llevar a la práctica, solos o con la ayuda de un grupo de mejora, las acciones necesarias para desarrollar alguno de los objetivos de calidad de la Unidad. Cada uno de los objetivos de Calidad tendrá un único responsable. En los casos en los que sea necesaria la creación de un grupo de mejora para trabajar en algún objetivo concreto, el responsable del objetivo actuará como coordinador de dicho grupo. Las funciones y responsabilidades de las personas que actúen como “Responsables de objetivos” serán:

- Informarse activamente sobre los problemas y dificultades que han originado el establecimiento del objetivo de calidad asignado, solicitando información de todas las personas implicadas.
- Definir un plan de acción para trabajar en el objetivo asignado.
- Si fuese necesario crear un grupo de trabajo, será responsable de coordinar dicho grupo, convocando a los asistentes, gestionando las reuniones y solicitando los medios necesarios.
- Solicitar la formación, los medios o la ayuda necesaria para llevar a cabo el trabajo.
- Proporcionar información sobre la evolución del trabajo en las Reuniones de Gestión. Si se identificasen problemas en el desarrollo del trabajo o desviaciones serias en el cronograma previsto que evidenciasen la imposibilidad de llevar a la práctica el plan de trabajo previsto, deberá informar sobre ello en las Reuniones de Gestión para buscar posibles alternativas.

## ***3- Funciones y responsabilidades de todos los trabajadores de la Unidad***

La mejora de la calidad asistencial de la Unidad de Adolescentes debe ser asumida como una responsabilidad más de todos los profesionales. Las responsabilidades de los profesionales respecto al Sistema de Gestión de Calidad abarcan las siguientes responsabilidades:

- Conocer la Política de Calidad y el Plan de Calidad de la Unidad, esforzándose por integrar sus principios en su trabajo diario.
- Promover activamente el conocimiento de todas las iniciativas de calidad que se establezcan en la Unidad.
- Participar, cuando corresponda, en las autoevaluaciones de calidad del centro.
- Tomar parte en las actividades o grupos de mejora de calidad en los que se considerase necesario por sus conocimientos o a su actividad en la UADO.
- Facilitar a otros profesionales el desempeño de las tareas que realicen como parte de planes de mejora o de evaluación de calidad.
- Participar activamente en la detección y transmisión de oportunidades de mejora en la Unidad, así como posibles métodos de solución.
- Participar, siempre que se considere necesario y sea posible, en las actividades de formación ofertadas en materia de calidad.
- Actuar de puente de información entre los pacientes (y sus familiares o tutores legales) y las Reuniones de Gestión, transmitiendo las necesidades expresadas por los usuarios por medios formales o informales.

## **5- SISTEMA DE MONITORIZACIÓN**

El sistema de monitorización de la Unidad no es estable sino que se va desarrollando a medida que se va identificando la necesidad de nuevos indicadores de evaluación de resultados. Algunos de los indicadores sí que se utilizan de forma permanente. A continuación se incluye este conjunto de indicadores permanentes organizados según el área que miden e indicando la periodicidad con la que se realiza la evaluación.

#### - DATOS DE ACTIVIDAD

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Ingresos y altas	- N° total de ingresos -Tipo de ingresos: N° de ingresos urgentes, programados y procedentes de otros Servicios. - N° total de altas	Mensual
Estancias	-N° total de estancias -Estancia media: Total de estancias causadas en el servicios en el periodo de estudio/Total de ingresos	Mensual
Índice de Ocupación	-N° de estancias en el periodo X 100/ N° de camas del Servicio X N° de días del periodo.	Mensual
Índice de Rotación	- N° de ingresos / N° de camas.	Mensual

#### - RESULTADOS EN LOS PACIENTES

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Reingresos	- Reingresos en < 1 día - Reingresos en ≤ 2 días - Reingresos en ≤ 7 días - Reingresos en ≤ 30 días - Reingresos en > 30 días - Reingresos urgentes = CDM en < 1 día - Reingresos urgentes = CDM en ≤ 30 días	Mensual
Contenciones y aislamientos	- N° total de episodios de contención - N° total de episodios de aislamiento	Mensual
Fugas	- N° total de fugas	Anual
Intentos de suicidio	- N° total de intentos de suicidio graves	Anual
Continuidad asistencial	- N° de pacientes dados de alta con cita en el CSM	Mensual
	- Dimensiones de la escala de evaluación de la continuidad asistencial con los CSM / satisfacción de los psiquiatras de los CSM de referencia.	Bianual

#### - PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES (PACIENTES Y FAMILIARES)

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Satisfacción de los usuarios (familiares o tutores de pacientes)	Dimensiones de la escala de evaluación de creación propia	Continua (todas las altas)
Satisfacción de los pacientes	Dimensiones de la escala de evaluación	Anual
Reclamaciones de usuarios	- N° de reclamaciones por año - % de reclamaciones contestadas en menos de 15 días	Continua
Felicitaciones o cartas de agradecimiento de usuarios	- N° de felicitaciones y cartas de agradecimiento recibidas	Continua

**- CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Archivo de historias clínicas	- Demora media en la entrega de historias al archivo. - Porcentaje de retención de historias clínicas	Mensual
Codificación de diagnósticos	- Nº de diagnósticos codificados al alta	Mensual

**- PERSONAS (TRABAJADORES)**

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Satisfacción de los trabajadores / estudio de clima laboral	-Dimensiones del Cuestionario Font Roja de satisfacción de trabajadores	Bianual
	- Índice de traslados voluntarios	Anual
Satisfacción trabajadores	- “Semana de la queja”	Anual
Seguridad laboral	- Tasa de accidentes de trabajo	Anual
	- Días de baja por accidente laboral	Anual
Gestión de personal	- Tasa de absentismo y enfermedad	Anual
	- Tasa de sustitución del personal de baja	Anual
Formación a los profesionales	- Nº cursos de formación por profesión y año	Anual

**- INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

Aspecto evaluado:	Indicador	Periodicidad
Investigación	- Posición de la Unidad en la memoria de investigación del hospital	Anual
	- Financiación total obtenida para proyectos de investigación	Anual
Docencia	-Nº de cursos impartidos por categoría profesional y año	Anual
Producción científica	- Nº de publicaciones científicas por año	Anual
	- Nº de capítulos de libro publicados	Anual
	- Nº de comunicaciones y posters en congreso por profesión y año	Anual
	- Nº de tesis doctorales	Anual

## **6- OBJETIVOS PARA ESTE PERIODO**

## **6.1. AREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS EN LA AUTOEVALUACIÓN**

Durante la autoevaluación realizada en diciembre de 2007 se identifican un total de 64 oportunidades de mejora, listadas a continuación:

1. Hacer y guardar actas de todas las reuniones de grupos de mejora.
2. Solicitar a la Dirección que informe sobre el programa anual de gestión.
3. Actualizar la página Web de la UADO y mantenerla actualizada (Identificar una persona responsable de actualizar la página Web).
4. Hacer un “pack” con información sobre la Unidad para llevar a las visitas que se realicen y entregar a las visitas que nos hagan.
5. Tener presentaciones en power-point sobre la unidad disponibles para actualizar
6. Transmitir a la gente nueva que se incorpora en la Unidad la misión, visión y valores.
7. Buscar formas de hacer accesible y comprensible la misión/visión/valores de la Unidad.
8. Favorecer comunicación de quejas (Fomentar la semana de las quejas, cambiando el procedimiento. Buzón disponible siempre y recogida sistemática que se traslade al conjunto de trabajadores en reunión trimestral).
9. Mejorar el ratio evaluación/mejora. Se evalúa más de lo que se mejora.
10. Incluir objetivos anuales en la primera reunión trimestral.
11. Pactar con CSM las áreas de mejora resultantes de las encuestas de satisfacción de los Centros.
12. Incluir como objetivos a cumplir los porcentajes de respuesta de las distintas encuestas de satisfacción.
13. Mejorar la contribución de la Unidad a la sociedad (Detectar mejor y de forma sistematizada las necesidades de la sociedad)
14. Tener un espacio en intranet privado para personal del hospital donde se puedan guardar y consultar documentos relacionados con la Unidad (incluyendo las presentaciones).
15. Mejorar comunicación sobre Calidad. Explicar de forma sencilla la importancia de la calidad a las personas menos implicadas en la misma dentro de la Unidad. Explicar la historia de la calidad en la Unidad, la practicabilidad, las ganancias de la misma
16. Mejorar mapa de procesos. (Encontrar una persona externa que ayude con mapa de procesos de la Unidad). (Definir responsables de procesos clave)
17. Mejorar detección de necesidades a corto y medio plazo.
18. Recoger mejor las expectativas futuras.
19. Identificar clientes potenciales.
20. Definir diferencia entre proveedor y partner de forma clara
21. Buscar centros extranjeros de características similares para poder hacer comparaciones

22. Identificar Unidades similares en España (las nuevas que han abierto incluidas)
23. Mejorar la comunicación (y sistematizar la comunicación a todos los profesionales) de las actividades y logros en el apartado de investigación.
24. Tener un soporte escrito de lo que se hace en investigación.
25. Sistematizar la actualización del plan estratégico.
  
26. Identificar factores críticos de éxito.
  
27. Evaluar de forma sistemática la comunicación.
28. Evaluar plan de formación por estamentos.
  
29. Mejorar informe sobre aspectos legales que rigen nuestro trabajo.
  
30. Solicitar carrera profesional para todos los trabajadores.
  
31. Comunicar a los sindicatos la identificación de áreas de mejora en el apartado de recursos humanos.
32. Optimizar recursos en formación (hacerlos más accesibles a todos los trabajadores)
33. Comunicar a todos los trabajadores que disponen de 10 días de formación al año.
  
34. Buscar forma no conflictiva de medir rendimiento de personas
  
35. Seguir reclamando terraza
  
36. Hacer una hoja mensual de la planta de reconocimientos/novedades, etc.
  
37. Buscar posibles área de mejora en medioambiente
  
38. Comprar trituradora de papel
  
39. Promover la participación activa de los recursos asistenciales ambulatorios.
  
40. Invitar a profesionales del área a dar sesiones/charlas en la Unidad
  
41. Intentar mejorar el índice de ocupación. (Buscar ofertas atractivas para que aumentar número de estancias).
42. Poner carteles para concienciar a personal a reducir energía
  
43. Introducir el medioambiente en los talleres con los pacientes
  
44. Identificar necesidades de información de proveedores internos y externos
  
45. Mejorar difusión sobre patología mental en niños y adolescentes a la sociedad
  
46. Sistematizar recogida de información sobre otras unidades (Hacer modelo para recogida de datos de las visitas que se hagan a otras instituciones).
47. Buscar formas objetivas de medir los cambios introducidos (Involucrar al grupo de mejora de resultados en la medición de cambios).

48. Identificar responsables de cambios y medidas de los mismos. Hacer una hoja mensual de la planta de reconocimientos/novedades, etc.
49. Medir la utilización de nuevas adquisiciones
50. Retomar sesiones clínicas de pacientes que con buen curso y evolución
51. Hacer sesiones de pacientes conflictivos o muy problemáticos varios años después de ser dados de alta de la unidad
52. Preguntar sobre prioridades/deseos a las familias en los cuestionarios de satisfacción
53. Revisar protocolos como parte de los objetivos anuales
54. Involucrar a las áreas en la elaboración de guías clínicas
55. Medir la percepción sobre las mejoras
56. Preguntar a los trabajadores sobre áreas de mejora no identificadas en la memoria EFQM.
57. Administrar de nuevo la encuesta sobre tensión en el trabajo que se administró tras la primera evaluación de EFQM.
58. Administrar encuestas de riesgos laborales
59. Contactar con Departamentos de Salud Laboral del Hospital o sindicatos
60. Medir de forma sistematizada e incluir en la memoria las múltiples ayudas que se hacen a otras instituciones, organizaciones, sociedades científicas, etc.
61. Marcar como objetivos la colaboración con distintas sociedades concretas (p. ej. asociaciones de familiares)
62. Buscar datos comparativos para medirlos en la colaboración con la sociedad
63. Ofertar paquetes educativos sobre salud mental en instituciones educativas.
64. Abrir documento en J (espacio en intranet para la UADO) donde se puedan poner las distintas actividades en calidad que se están haciendo para luego ser recogida de forma más fidedigna al hacer la memoria.

## **6.2. PRIORIZACIÓN DE LAS AREAS DE MEJORA**

Como no es posible trabajar en un periodo de dos años las 64 áreas de mejora identificadas durante la autoevaluación, se lleva a cabo un proceso de priorización para identificar aquellas más importantes y/o urgentes.

Para la priorización se utiliza una parrilla con tres criterios de valoración, adaptados de los propuestos por Nalón y Williamson:

### **1- Relevancia:**

- 3 El tema es muy relevante para las personas que afecta.
- 2 Menor relevancia, pero sigue siendo un tema relevante.
- 1 Relevancia pequeña
- 0 Relevancia prácticamente nula

### **2- Coste:\***

- 3 No representa ningún coste o el coste que representa queda neutralizado porque evita gastos que antes se producían.
- 2 Representa algún coste pero es asumible por la Unidad.
- 1 Representa un coste importante que no puede ser asumido por la Unidad sin un presupuesto adicional.
- 0 Representa un coste tan importante que se necesita un programa especial a nivel hospitalario o autonómico.

\* (Incluyendo la valoración de las horas de dedicación de los profesionales).

### **3- Influencia externa:**

- 3 La solución sólo depende de la unidad
- 2 Depende de la unidad y del hospital
- 1 Depende de la Unidad, del Hospital y Organismo de gestión superior.
- 0 Depende de la planificación global o legislación social, sanitaria, educativa, etc. a nivel general.

A continuación se incluyen las áreas de mejora ordenadas según la puntuación asignada en el proceso de priorización comenzando con las que han obtenido una mayor puntuación.

<b>ÁREA DE MEJORA</b>	<b>Resultado priorización</b>
1. Hacer y guardar actas de todas las reuniones de grupos de mejora.	8,5
2. Solicitar a la Dirección que informe sobre el programa anual de gestión.	8,5
3. Actualizar la página Web de la UADO y mantenerla actualizada (Identificar una persona responsable de actualizar la página Web).	8,0
4. Hacer un “pack” con información sobre la Unidad para llevar a las visitas que se realicen y entregar a las visitas que nos hagan.	8,0
5. Tener presentaciones en power-point sobre la unidad disponibles para el que las quiera actualizar	8,0
6. Transmitir a la gente nueva que se incorpora en la Unidad la misión, visión y valores.	8,0
7. Buscar formas de hacer accesible y comprensible la misión/visión/valores de la Unidad.	8,0
8. Favorecer comunicación de quejas (Fomentar la semana de las quejas, cambiando el procedimiento. Buzón disponible siempre y recogida sistemática que se traslade al conjunto de trabajadores en reunión trimestral).	8,0
9. Mejorar el ratio evaluación/mejora. Se evalúa más de lo que se mejora.	8,0
10. Incluir objetivos anuales en la primera reunión trimestral.	8,0
11. Pactar con CSM las áreas de mejora resultantes de las encuestas de satisfacción de los Centros.	8,0
12. Incluir como objetivos a cumplir los porcentajes de respuesta de las distintas encuestas de satisfacción.	8,0
13. Mejorar la contribución de la Unidad a la sociedad (Detectar mejor y de forma sistematizada las necesidades de la sociedad)	8,0
14. Tener un espacio en intranet privado para personal del hospital donde se puedan guardar y consultar documentos relacionados con la Unidad (incluyendo las presentaciones).	8,0
15. Mejorar comunicación sobre Calidad. Explicar de forma sencilla la importancia de la calidad a las personas menos implicadas en la misma dentro de la Unidad. Explicar la historia de la calidad en la Unidad, la practicabilidad, las ganancias de la misma	8,0
16. Mejorar mapa de procesos. (Encontrar una persona externa que ayude con mapa de procesos de la Unidad). (Definir responsables de procesos clave)	8,0
17. Mejorar detección de necesidades a corto y medio plazo.	8,0
18. Recoger mejor las expectativas futuras.	8,0
19. Identificar clientes potenciales.	8,0
20. Definir diferencia entre proveedor y partner de forma clara	8,0
21. Buscar centros extranjeros de características similares para poder hacer comparaciones	8,0

22. Identificar Unidades similares en España (las nuevas que han abierto incluidas)	8,0
23. Mejorar la comunicación (y sistematizar la comunicación a todos los profesionales) de las actividades y logros en el apartado de investigación.	8,0
24. Tener un soporte escrito de lo que se hace en investigación.	8,0
25. Sistematizar la actualización del plan estratégico.	8,0
26. Identificar factores críticos de éxito.	8,0
27. Evaluar de forma sistemática la comunicación. (Realizar proceso del análisis de comunicación)	7,5
28. Evaluar plan de formación por estamentos.	7,5
29. Mejorar informe sobre aspectos legales que rigen nuestro trabajo.	ELIMINADO
30. Solicitar carrera profesional para todos los trabajadores.	ELIMINADO
31. Comunicar a los sindicatos la identificación de áreas de mejora en el apartado de recursos humanos.	7,0
32. Optimizar recursos en formación (hacerlos más accesibles a todos los trabajadores)	7,0
33. Comunicar a todos los trabajadores que disponen de 10 días de formación al año.	7,0
34. Buscar forma no conflictiva de medir rendimiento de personas	7,0
35. Seguir reclamando terraza	7,0
36. Hacer una hoja mensual de la planta de reconocimientos/novedades, etc.	7,0
37. Buscar posibles área de mejora en medioambiente	7,0
38. Comprar trituradora de papel	7,0
39. Promover la participación activa de los recursos asistenciales ambulatorios.	7,0
40. Invitar a profesionales del área a dar sesiones/charlas en la Unidad	7,0
41. Intentar mejorar el índice de ocupación. (Buscar ofertas atractivas para que aumenten número de estancias).	7,0
42. Poner carteles para concienciar a personal a reducir energía	6,5
43. Introducir el medioambiente en los talleres con los pacientes	6,5
44. Identificar necesidades de información de proveedores internos y externos	6,0
45. Mejorar difusión sobre patología mental en niños y adolescentes a la sociedad	6,0
46. Sistematizar recogida de información sobre otras unidades (Hacer modelo para recogida de datos de las visitas que se hagan a otras instituciones).	6,0
47. Buscar formas objetivas de medir los cambios introducidos (Involucrar al grupo de mejora de resultados en la medición de cambios).	6,0
48. Identificar responsables de cambios y medidas de los mismos. Hacer una hoja mensual de la planta de reconocimientos/novedades, etc.	6,0
49. Medir la utilización de nuevas adquisiciones	ELIMINADO
50. Retomar sesiones clínicas de pacientes que con buen curso y evolución	6,0
51. Hacer sesiones de pacientes conflictivos o muy problemáticos varios años después de ser dados de alta de la unidad	6,0
52. Preguntar sobre prioridades/deseos a las familias en los cuestionarios de satisfacción	6,0

53. Revisar protocolos como parte de los objetivos anuales	6,0
54. Involucrar a las áreas en la elaboración de guías clínicas	6,0
55. Medir la percepción sobre las mejoras	5,5
56. Preguntar a los trabajadores sobre áreas de mejora no identificadas en la memoria EFQM.	5,0
57. Administrar de nuevo la encuesta sobre tensión en el trabajo que se administró tras la primera evaluación de EFQM.	5,0
58. Administrar encuestas de riesgos laborales	5,0
59. Contactar con Departamentos de Salud Laboral del Hospital o sindicatos	5,0
60. Medir de forma sistematizada e incluir en la memoria las múltiples ayudas que se hacen a otras instituciones, organizaciones, sociedades científicas, etc.	5,0
61. Marcar como objetivos la colaboración con distintas sociedades concretas (p. ej. asociaciones de familiares)	5,0
62. Buscar datos comparativos para medirlos en la colaboración con la sociedad	
63. Ofertar paquetes educativos sobre salud mental en instituciones educativas.	
64. Abrir documento en J (espacio en intranet para la UADO) donde se puedan poner las distintas actividades en calidad que se están haciendo para luego ser recogida de forma más fidedigna al hacer la memoria.	

### **6.3. OBJETIVOS DE TRABAJO 2008- 2009**

**1. OBJETIVO: Hacer y guardar actas de todas las reuniones de grupos de mejora.**

Responsable: Coordinador grupo de mejora y Azucena Corral (auxiliar administrativa)

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: enero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**2. OBJETIVO: Solicitar a la Dirección que informe sobre el programa anual de gestión.**

Responsable: Jefe de Sección

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: enero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): enero 2009

**3. OBJETIVO: Actualizar la página Web de la UADO y mantenerla actualizada**

Responsable: Carlos Delgado

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de mejora de resultados

Fecha de inicio de trabajo: marzo 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**4. OBJETIVO: Hacer un “pack” con información sobre la Unidad para llevar a las visitas que se realicen y entregar a las visitas que nos hagan.**

Responsable: Supervisora de enfermería

Equipo de trabajo (si corresponde): Jefe de Sección, trabajadora social, terapeuta ocupacional.

Fecha de inicio de trabajo: marzo 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): mayo 2008

**5. OBJETIVO: Tener presentaciones en power-point sobre la unidad disponibles para el que las quiera actualizar**

Responsable: Carmen Moreno

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: abril 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): mayo 2008

**6. OBJETIVO: Transmitir a la gente nueva que se incorpora en la Unidad la misión, visión y valores.**

Responsable: Jefe de Sección y Supervisora de enfermería

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: enero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**7. OBJETIVO: Buscar formas de hacer accesible y comprensible la misión/visión/valores de la Unidad.**

Responsable: Jefe de Sección y Supervisora de enfermería

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de satisfacción

Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): abril 2008

**8. OBJETIVO: Favorecer comunicación de quejas**

(Fomentar la semana de las quejas, cambiando el procedimiento. Buzón disponible siempre y recogida sistemática que se traslade al conjunto de trabajadores en reunión trimestral).

Responsable: Coordinadora grupo de satisfacción

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de satisfacción

Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**9. OBJETIVO: Poner carteles para concienciar a personal a reducir energía**

Responsable: Terapeuta Ocupacional, Jefe de Sección y Josefa Ayuso

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): abril 2008

**10. OBJETIVO: Incluir objetivos anuales en la primera reunión trimestral.**

Responsable: Jefe de Sección

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: marzo 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**11. OBJETIVO: Pactar con CSM las áreas de mejora resultantes de las encuestas de satisfacción de los Centros.**

Responsable: Carlos Delgado

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupos de resultados y relaciones externas

Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**12. OBJETIVO: Incluir como objetivos a cumplir los porcentajes de respuesta de las distintas encuestas de satisfacción.**

Responsable: Jefe de Sección

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupos de satisfacción y resultados

Fecha de inicio de trabajo: enero 2009

Fecha de finalización (o primera evaluación): enero 2009

**13. OBJETIVO: Mejorar la contribución de la Unidad a la sociedad (Detectar mejor y de forma sistematizada las necesidades de la sociedad)**

Responsable: Carlos Delgado

Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de relaciones externas

Fecha de inicio de trabajo: marzo 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**14. OBJETIVO: Tener un espacio en intranet privado para personal del hospital donde se puedan guardar y consultar documentos relacionados con la Unidad (incluyendo las presentaciones).**

Responsable: Azucena Corral (auxiliar administrativa)

Equipo de trabajo (si corresponde):

Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008

Fecha de finalización (o primera evaluación): febrero 2008

**15. OBJETIVO: Mejorar comunicación sobre Calidad. Explicar de forma sencilla la importancia de la calidad a las personas menos implicadas en la misma dentro de la Unidad. Explicar la historia de la calidad en la Unidad, la practicabilidad, las ganancias de la misma.**

Responsable: Coordinador grupo de satisfacción  
Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de satisfacción  
Fecha de inicio de trabajo: abril 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): junio 2008

**16. OBJETIVO: Mejorar mapa de procesos.**

(Encontrar una persona externa que ayude con mapa de procesos de la Unidad). (Definir responsables de procesos clave)

Responsable: Jefe de Sección, Supervisora de enfermería y coordinador grupo de procesos  
Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de procesos  
Fecha de inicio de trabajo: marzo 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): marzo 2009

**17. OBJETIVO: Mejorar detección de necesidades a corto y medio plazo.**

Responsable: Carmen Moreno  
Equipo de trabajo (si corresponde):  
Fecha de inicio de trabajo: abril 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**18. OBJETIVO: Recoger mejor las expectativas futuras.**

Responsable: Coordinadora grupo de resultados  
Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de resultados  
Fecha de inicio de trabajo: abril 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2009

**19. OBJETIVO: Identificar clientes potenciales.**

Responsable: Carlos Delgado  
Equipo de trabajo (si corresponde): Grupo de relaciones externas  
Fecha de inicio de trabajo: abril 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): diciembre 2008

**20. OBJETIVO: Definir diferencia entre proveedor y partner de forma clara**

Responsable: Jefe de Sección  
Equipo de trabajo (si corresponde): Servicio de Calidad del Hospital  
Fecha de inicio de trabajo: febrero 2008  
Fecha de finalización (o primera evaluación): febrero 2008



