

P. Vallejo¹
C. Arango²

Evaluación de la continuidad asistencial entre una unidad de hospitalización psiquiátrica y los centros de salud mental ambulatorios del área

¹ Fundación Avedis Donabedian
Barcelona
² Unidad de Adolescentes
Departamento de Psiquiatría
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Madrid

Introducción. La continuidad de cuidados entre dispositivos asistenciales es uno de los elementos básicos de la calidad de la asistencia sanitaria. En este artículo presentamos el estudio realizado en una unidad de hospitalización breve de psiquiatría de adolescentes sobre la percepción que los profesionales de los centros de salud mental de sus áreas sanitarias de referencia tienen respecto a la continuidad asistencial que se proporciona a los pacientes de sus centros que son ingresados en la unidad.

Método. Se envía por correo un cuestionario anónimo y autoadministrado a cada uno de los centros de salud mental que derivan pacientes a la unidad. El instrumento utilizado es una escala de valoración de creación propia desarrollada a partir de experiencias similares en atención primaria. Se procesan los datos y se definen planes de acción para la mejora de aquellas áreas con una puntuación menor.

Resultados. Se obtiene un índice de respuesta del 71,4 %. Todas las preguntas tienen una puntuación media superior a 3 en una escala del 1 al 5. Los ítems con mayor puntuación son la posibilidad de intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad y el conocimiento del médico responsable del paciente durante el ingreso, mientras que los ítems con menor puntuación son el trámite de derivación y la cantidad de recursos que dispone la unidad.

Conclusión. Los datos de percepción de los profesionales de los centros ambulatorios sobre la coordinación con la unidad que proporciona el estudio son útiles para definir iniciativas de mejora que redunden en una mejora de la continuidad asistencial.

Palabras clave:

Continuidad asistencial. Calidad asistencial. Salud mental.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):273-279

Evaluation of the continuation of care between psychiatric hospitalization units and the outpatient clinics in the community

Introduction. Continuum of care between health institutions is one of the basic elements of healthcare quality. In this article we present a study that was conducted in an acute psychiatric hospitalization unit for adolescent population. The present study analyzes the perception of professionals from community psychiatric care centers on the continuum of care provided to the patients hospitalized in this unit.

Method. A self-administered and anonymous questionnaire was mailed to each of the mental health centers that refer patients to the unit. The instrument used is a self-created questionnaire, based on previous tools developed for primary healthcare institutions. The data were analyzed and action plans were defined for the improvement of those areas with a lower score.

Results. The response rate was 71.4 %. All the items have an average rate higher than 3 on a scale of 1 to 5. The items with a higher score are the possibility to exchange opinions with the professionals of the unit and the knowledge of the doctor responsible for the patient during the hospitalization. The items with a lower level of satisfaction are the referral procedure and the unit's resources.

Conclusion. The study provides data on the perception that professionals from mental health out-patient centers have about the coordination with the Unit. This data has been found to be useful to define improvement initiatives that will improve the continuum of care.

Key words:

Continuum of care. Healthcare quality. Mental health.

Correspondencia:
Celso Arango López
Departamento de Psiquiatría
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Ibiza, 43
28009 Madrid
Correo electrónico: carango@mce.hggm.es

INTRODUCCIÓN

La implantación de un modelo de gestión de calidad como el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) requiere establecer mecanismos de coordina-

ción con los principales grupos de interés de la organización, especialmente con organizaciones aliadas o *partners*, de forma que se apoye el desarrollo mutuo¹. El modelo EFQM pretende también que las organizaciones recojan información sobre las expectativas y la satisfacción de dichos grupos de interés de forma sistemática con el fin de evaluar si la actuación de la organización y los mecanismos de coordinación establecidos se adecuan a sus necesidades. Al aplicar estos principios al sector sanitario se suelen considerar aliados o *partners* principalmente a los centros de salud ambulatorios, unidades de hospitalización de media o larga estancia, hospitalización de día, colaboradores en docencia, investigación y formación, suministradores de servicios, proveedores, etc.². De este grupo de posibles *partners*, los centros de salud ambulatorios son considerados un grupo de interés primordial para las unidades de hospitalización, puesto que en la mayoría de las ocasiones el proceso asistencial no concluye cuando el paciente es dado de alta en el hospital, sino que continúa necesitando tratamiento por parte de un médico especialista en el medio ambulatorio.

La continuidad de la asistencia es considerada uno de los componentes básicos de calidad de la atención sanitaria. La continuidad asistencial puede definirse como el nivel de coordinación de la asistencia entre cuidados médicos que necesita un paciente a través de las organizaciones y del tiempo³. Más allá de la simple coordinación es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano⁴. En la práctica, una de las tareas del hospital sería articular los medios precisos para facilitar esa continuidad asistencial cuando el paciente es dado de alta.

La atención a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales incluye prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo que son dispensadas por diferentes profesionales y desde distintos dispositivos. Por este motivo uno de los principios rectores del Modelo de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de la Comunidad de Madrid, a la que pertenece la unidad de estudio, es la continuidad de la asistencia entre distintos dispositivos asistenciales⁵.

Debemos tener en cuenta, además, que las verdaderas consecuencias del tratamiento son observables a largo plazo tras el alta hospitalaria. El resultado del tratamiento va más allá de sus consecuencias directas, incluyendo el estado funcional y la calidad de vida como parte del impacto a largo plazo del tratamiento en la salud del paciente⁶. Desde una unidad de hospitalización breve no sería posible la evaluación de dichos resultados a largo plazo sin la coordinación con los profesionales responsables del tratamiento en el medio ambulatorio.

La Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) tiene como uno de sus objetivos básicos mantener una estrecha coordinación con las organizaciones

sociales y sanitarias que trabajan en la atención de la población psiquiátrica infantojuvenil en la Comunidad de Madrid. Entre estas organizaciones sociales y sanitarias, los centros de salud mental (CSM) de las áreas sanitarias a las que presta servicios la unidad son de importancia fundamental, ya que el objetivo de las unidades de hospitalización breve es abordar el «problema central» que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial⁷. Sin una buena transición hacia este tratamiento ambulatorio posthospitalización la asistencia prestada en la unidad no podría tener las consecuencias esperadas.

Los mecanismos de coordinación e intercambio de información de la unidad con los CSM estaban establecidos desde el momento de su apertura, pero su funcionamiento sólo se había evaluado mediante contactos puntuales e informales con los profesionales implicados. A principios de 2002, y dentro de un proceso de autoevaluación de calidad de la unidad siguiendo los principios y la metodología del modelo EFQM, se observa la necesidad de establecer un sistema de evaluación periódica de la percepción que los CSM tienen respecto al funcionamiento de estos mecanismos de coordinación, que serviría a su vez como sistema de detección de nuevas necesidades. La finalidad de dicho estudio sería conocer la percepción de los profesionales de los CSM sobre el funcionamiento de la unidad y, sobre todo, identificar áreas de mejora mediante datos objetivos para posteriormente introducir modificaciones en el sistema de trabajo que aumentasen la satisfacción de los profesionales de los CSM, mejorasen la coordinación con dichos centros y facilitasen la continuidad asistencial, repercutiendo así en una mejor calidad de la asistencia prestada a los pacientes.

Este artículo expone el proceso seguido para determinar la percepción de los centros de salud mental de las áreas sanitarias a las que presta servicios la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes del HGUGM sobre la continuidad asistencial entre la unidad y los CSM. Se analizarán también los resultados obtenidos y las líneas de acción propuestas a partir de dichos resultados.

MÉTODO

Población estudiada

Se envía el cuestionario a todos los CSM de las áreas sanitarias que cubre la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes del HGUGM. Se remite un cuestionario por centro, lo que supone un total de 22. Se elimina un centro del estudio a petición del psiquiatra responsable del área infantojuvenil, que indica que en la unidad no se había ingresado a ningún paciente de ese centro de referencia, por lo que carecían de información para cumplimentar el cuestionario. La población final de estudio, por tanto, es de 21 centros.

Instrumento de medida

Ante la escasez de experiencias similares en nuestro medio se utiliza para el estudio un cuestionario de creación propia. Para la creación de este cuestionario se tomó como base un cuestionario publicado que fue utilizado en el ámbito hospitalario para medir la satisfacción de los profesionales de atención primaria⁸. Para adaptar el contenido de este cuestionario a las necesidades de una unidad de psiquiatría de población adolescente como la que nos ocupa se realizó un estudio de la literatura existente y discusión en grupo de expertos para decidir qué factores incluir en la escala.

La revisión bibliográfica fue útil para identificar aquellos factores que contribuyen a que la continuidad de la asistencia sea adecuada. En este sentido se utilizaron como base los estándares de algunos sistemas de acreditación de hospitales de distinto alcance, como el sistema de los estándares internacionales de acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations⁹, el *Manual de acreditación de hospitales de la Fundación Mapfre Medicina*¹⁰ o el *Manual de evaluación de centros, establecimientos y servicios sanitarios sin internamiento del ICAS*¹¹. Todos estos manuales de acreditación tienen un capítulo específico para la continuidad de la asistencia, que incluye los estándares considerados básicos para asegurar una correcta continuidad de cuidados. Es preciso aclarar que entre todos los factores que definen una buena continuidad asistencial este estudio se limita a aquellos que repercuten directamente en los profesionales de los CSM, ya que son los únicos sobre los que dichos profesionales son capaces de hacer una valoración.

En la revisión bibliográfica también se identificaron varios estudios de evaluación de la coordinación entre atención primaria y especializada¹²⁻¹⁴, algunos de ellos en la especialidad de psiquiatría^{15,16}. A pesar de las diferencias existentes en la población de estudio o el método de recogida de datos, estos artículos han servido de guía metodológica.

El cuestionario final (anexo 1) es autoadministrado, personal y anónimo y está compuesto por 13 preguntas que deben ser contestadas en una escala Likert de cinco alternativas de respuesta que representa un *continuum* bipolar que va de «muy en desacuerdo» a «muy de acuerdo» con lo expuesto en el enunciado de la pregunta. Todas las preguntas, por tanto, son cerradas, excepto la última, que incluye un espacio abierto donde se solicitan opiniones o sugerencias. Esta última pregunta se añadió para obtener información de aquellos aspectos que podrían ser importantes para los CSM a la hora de facilitar la continuidad asistencial entre centros y que no se habían incluido en las preguntas de la encuesta.

Método de recogida de datos

Se envían los cuestionarios a los CSM por correo postal dirigidos al psiquiatra de cada centro más directamente relacionado con el tratamiento de población adolescente.

Junto con el cuestionario se remite una carta personalizada en la que se explican los objetivos del estudio y se resalta el anonimato de las respuestas. Se propone el correo postal o el fax como medio de respuesta. Tres semanas después del envío de la carta se realiza una llamada telefónica a todos los profesionales implicados reiterando la importancia del envío de su respuesta en caso de no haberla remitido previamente.

Método de análisis de resultados

Se procesaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS. El análisis estadístico fue descriptivo.

Utilización de los resultados

Los resultados se presentaron y analizaron en una reunión de todos los trabajadores de la unidad. Aunque estaba previsto realizar una matriz de priorización para decidir aquellos aspectos en los se trabajaría en una primera fase, una vez obtenidos los resultados del estudio los profesionales de la unidad acordaron que era posible establecer pequeñas iniciativas de mejora en todos aquellos que obtenían una puntuación comparativamente menor. Se establecieron las personas responsables de llevar a cabo estos objetivos y su método de seguimiento. El sistema principal de evaluación de la efectividad de estos resultados será el siguiente estudio de las mismas características que se haga a los CSM.

RESULTADOS

Se reciben un total de 15 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 71,4%.

La tabla 1 refleja los resultados obtenidos. En ella se incluyen el número de respuestas recibidas a cada pregunta, la media, la mediana y la desviación típica de las puntuaciones obtenidas, reflejadas en una escala del 1 al 5, siendo 1 igual a «muy en desacuerdo» y 5 igual a «muy de acuerdo».

Como se puede observar, ninguna pregunta obtiene una puntuación media inferior a tres, puntuación que refleja «ni acuerdo ni desacuerdo» con el enunciado planteado, por lo que todas las respuestas puntúan en el rango de acuerdo o muy de acuerdo. Las preguntas que más nivel de acuerdo obtienen están relacionadas con la percepción que los CSM tienen sobre la posibilidad de intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad (4,47), el conocimiento del médico responsable del paciente durante el ingreso en la unidad (4,43) y el deseo de recibir datos de la unidad (4,40). Por otra parte, las cuestiones que obtienen una menor puntuación media eran el trámite de derivación (3,20), la cantidad de recursos que dispone la unidad (3,40) y la adecuación de la duración del ingreso (3,67).

Anexo 1

Encuesta de percepción de la continuidad asistencial con los servicios de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Debe marcar con una «X» la respuesta que considere que se ajusta más a su opinión sobre lo que se pregunta. En caso de un error, redondee con un círculo y señale con una X la respuesta que considere más adecuada.

Como observará, la cumplimentación del cuestionario es totalmente anónima, por lo que le invitamos a no firmar o colorcar ningún dato de identificación personal.

1. Conozco la unidad y sus instalaciones

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

2. Cuando uno de mis pacientes está ingresado en la unidad conozco al médico responsable

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

3. La unidad da solución a mis pacientes cuando requieren un ingreso hospitalario

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

4. Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

5. La unidad dispone de recursos suficientes

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

6. El trámite de derivación es sencillo

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

7. La demora para ingreso es adecuada

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

8. Recibo informe de alta de hospitalización

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

9. El informe de alta es adecuado

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

10. La duración del ingreso es adecuada

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

11. Los pacientes y/o familiares o tutores me refieren satisfacción con la unidad

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

12. La continuidad de cuidados es adecuada

Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

13. Me interesa recibir los datos de la unidad

Comentarios y/o sugerencias:

Siete de los 16 cuestionarios recibidos tenían comentarios libres en la pregunta abierta final. Algunos de los comentarios cubrían más de un tema, por lo que han sido desglosados y clasificados según la cuestión a la que se referían. La tabla 2 refleja el número de comentarios recibidos desglosados según el tema tratado.

DISCUSIÓN

El índice de respuesta obtenido (71,4%) se puede considerar satisfactorio para este tipo de estudios¹⁷, especialmente si se tiene en cuenta que la encuesta ha sido enviada por correo. Aunque el uso del correo como medio de recogida

Tabla 1		Datos de resultados obtenidos para cada una de las preguntas de la encuesta			
Tema de la pregunta		N	Mediana	Media	Desviación típica
Conozco la unidad y sus instalaciones		14	5	4,07	1,44
Conozco al médico responsable de mi paciente		14	4	4,43	0,51
La unidad da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso		14	4	4,21	0,70
Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad		15	4	4,47	0,52
La unidad dispone de recursos suficientes		15	3	3,40	0,83
El trámite de derivación es sencillo		15	4	3,20	1,15
La demora para ingreso es adecuada		15	4	4,13	0,64
Recibo informe de alta de hospitalización		15	4	3,87	1,19
El informe de alta es adecuado		15	4	4,27	0,80
La duración del ingreso es adecuada		15	4	3,67	0,72
Los pacientes y/o familiares me refieren satisfacción con la unidad		15	4	3,73	0,80
La continuidad de cuidados es muy adecuada		15	4	3,87	0,74
Me interesa recibir los datos de la unidad		15	5	4,40	0,83

da de datos de estudios de opinión suele redundar en la obtención de un menor índice de respuesta, este método fue escogido para aumentar la confidencialidad de las respuestas y de esta forma potenciar una mayor sinceridad en las mismas. Este índice de respuesta es considerado un dato positivo en sí mismo, ya que muestra confianza en que la información recabada será adecuadamente utilizada. Con el objetivo de promover una participación igual o mayor en próximas evaluaciones se proporcionó información posterior a todos los psiquiatras participantes en el estudio mediante el envío del informe de conclusiones y planes de acción propuestos.

En cuanto a la valoración global de los resultados obtenidos, las medias de las respuestas dadas a todas las preguntas están por encima del tres, por lo que se sitúan en el rango de acuerdo o muy de acuerdo. Teniendo en cuenta que los ítems del cuestionario, en su gran mayoría, evalúan aspectos que son considerados factores fundamentales de una buena continuidad asistencial, este resultado puede considerarse positivo en sí mismo y refleja que los psiquiatras de los CSM, en su gran mayoría, consideran adecuados o muy

adecuados los mecanismos establecidos para facilitar la continuidad asistencial entre ambas organizaciones, al menos en los factores evaluados en el estudio.

Los resultados obtenidos son útiles también para discriminar entre aquellos factores que la mayoría de los profesionales consideran que tienen un funcionamiento adecuado y aquellos en los que, a pesar de obtener una media de puntuación relativamente alta, existe un claro potencial de mejora para la coordinación entre las instituciones. El hecho de contar con una pregunta final abierta en el cuestionario ha servido en algunos casos para proporcionar información adicional sobre los aspectos mejorables, información que sirve como guía a la hora de establecer los planes de acción. A continuación se detallan resumidamente los planes de acción resultantes de la evaluación.

El aspecto con el que peor valoran los profesionales de los CSM es el trámite de derivación para el ingreso en la unidad. Aunque este ítem fue incluido en el estudio por ser considerado un elemento básico de coordinación entre ambas instituciones, la modificación del proceso que deben realizar los profesionales de los CSM para ingresar a un paciente en la unidad está fuera de las competencias de actuación de los profesionales de la misma. La acción en este caso consistió en enviar el informe de resultados a la oficina regional de coordinación correspondiente informándoles de la dificultad percibida en el trámite de derivación y solicitando su actuación al respecto. Desde entonces el trámite de derivación se ha simplificado y se ha mejorado el tiempo del mismo, que está en la actualidad en menos de 24 h.

Incluso en los casos en los que no es posible actuar directamente sobre el área evaluada, el hecho de contar con información objetiva de la opinión de los profesionales de los

Tabla 2		Comentarios y sugerencias recibidos	
Tema del comentario/sugerencia		Número de comentarios	
Necesidad de recursos humanos y hospital de día		2	
Dificultad del trámite de derivación a la unidad		2	
Necesidad de más información en los CSM		2	
Satisfacción de las familias		3	

centros ambulatorios es un factor positivo, ya que dicha información puede ser utilizada como documento de apoyo a la hora de solicitar recursos o actuaciones a instancias superiores. Tal es el caso del ítem de la encuesta que evalúa la cantidad de recursos de que dispone la unidad, ítem que obtiene la segunda peor puntuación.

Entre las líneas de acción definidas se ha redactado un protocolo en el que se define la información para enviar a los CSM, la periodicidad de los envíos y el profesional responsable de los mismos ante el alto grado de acuerdo (media de 4,40 y mediana de 5) de los centros de ambulatorios sobre su interés en recibir datos de la unidad. En este protocolo se establece que de forma mensual se enviará al responsable de salud mental infantojuvenil de área un informe con el total de pacientes ingresados de esa área, edad y género, procedencia, derivación, situación social y aspectos relevantes sobre el caso.

La puntuación obtenida en el ítem que evalúa la recepción de los psiquiatras de los CSM del informe de alta de hospitalización (3,87 %) contrasta con el resultado obtenido en los indicadores de evaluación de calidad de la historia clínica de la unidad, que reflejan un 100 % de informes de alta terminados antes de que el paciente abandone la unidad. Además, todos los pacientes tienen gestionada su revisión ambulatoria en un plazo, si es posible, inferior a los 7 días antes de ser dados de alta. Analizando la diferencia entre ambos datos y recabando información directa de pacientes y familiares se identificó que algunos familiares se niegan a entregar los informes de alta al clínico de referencia. Entendiendo que es prioritario respetar el derecho de confidencialidad del paciente incluso entre los mismos profesionales, se estableció que se le enviará al responsable del caso un informe del paciente en sobre cerrado previo consentimiento del representante legal del menor.

La puntuación obtenida en algunos ítems refleja por sí sola las limitaciones de comunicación existentes entre ambos niveles asistenciales. Tal es el caso de la puntuación obtenida en el ítem sobre la adecuación de la demora para el ingreso, que a pesar de obtener una puntuación alta (4,13) no refleja el dato real de no existir demora para el ingreso en la unidad. Los datos de demora para el ingreso han sido incluidos en el protocolo de información que será enviado de forma periódica a los CSM.

La principal limitación de este estudio es el hecho de haber utilizado como instrumento de evaluación un cuestionario cuya validez y fiabilidad no habían sido demostradas. Ante la falta de instrumentos validados que se adaptasen a los objetivos del estudio y a las necesidades de la unidad se optó por utilizar un cuestionario de creación propia. De esta forma, aunque se disminuye la validez del estudio, se recaba la información que se necesita. El siguiente paso a llevar a cabo en este tema será la validación del instrumento utilizado.

Otra limitación del estudio es que no se dispone de datos similares de organizaciones del sector que puedan servir de referencia para la comparación de estos resultados. Aunque

para el desarrollo del cuestionario se utilizaron otros estudios publicados como guía, las diferencias en la metodología o en la población estudiada hacen que no sea posible comparar los resultados. Tampoco es posible el análisis longitudinal de resultados al ser éste el primer estudio realizado. Los datos presentados, por tanto, se reducen a una única evaluación.

CONCLUSIÓN

A pesar de las limitaciones expuestas, el estudio realizado ha demostrado ser útil para la consecución de los objetivos plantados. Ha permitido a los profesionales de la Unidad de Adolescentes obtener información sobre cómo se percibe su trabajo en los centros de salud mental y cuáles son los aspectos que influyen negativamente en la coordinación con los mismos, para posteriormente definir líneas de acción que ayuden a mejorar la calidad de la coordinación entre los CSM y la unidad, factor considerado imprescindible para una buena continuidad de la asistencia prestada a los pacientes. La utilidad del estudio se evidencia en el hecho de haber puesto en práctica varias iniciativas de mejora a partir de los datos obtenidos.

Las medidas que hemos mencionado en este artículo, junto con otras medidas resultantes de estudios posteriores de evaluación, redundarían en el buen funcionamiento de la coordinación entre los distintos niveles de tratamiento, por lo que consideramos positiva la realización del estudio. Abogamos, pues, por la implantación de este tipo de cuestionarios en los distintos servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Club Gestión de Calidad, 2003.
2. Guía para autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM). MSD, 2001.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1995.
4. Programa de acreditación de centros. Manual de estándares. Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2003.
5. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
6. Kazandjian VA. Accountability through measurement. A global healthcare imperative. Am Soc Quality 2003.
7. Harper GJ. Focal inpatient treatment planning. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:31-7.
8. Memoria Q de plata 2000 del hospital de Zumárraga. Publicado por Euskalit y el Departamento de Sanidad de Gobierno Vasco, 2000.
9. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Joint Commission International Accreditation. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 2000.
10. Carrasco Prieto AL, Zurro Hernández J. Manual de acreditación de hospitales. Fundación Mapfre Medicina. Universidad de Valladolid.

11. Manual de evaluación de centros, establecimientos y servicios sanitarios sin internamiento. ICAS, División Universitaria I + D de Calidad en la Sanidad. Fundación General de la Universidad de Valladolid, 1999.
12. Fustero MA, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un área de salud. *Rev Calid Asist* 2001;16:247-52.
13. Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuad Gest* 2001;2:59-64.
14. Morales JM, Perol J, Torres L, Molero, M. Validación de un instrumento enfermero para la evaluación de la continuidad de los cuidados de pacientes críticos. *Rev Cal Asist* 2002;17(3): 160-5.
15. Beltrán Vilella M, Salleras Marcó N, Camps García C, Solanas Saura P, Igual Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Aten Prim* 2001;1: 39-45.
16. Ware NC, Dickey B, Tugenberg T, McHorney CA. CONNECT: a measure of continuity of care in mental health services. *Ment Health Serv Res* 2003;5:209-21.
17. Visuata B. Técnicas de investigación social I: recogida de datos. Barcelona: PPU, 1989.