



# HOSPITAL Dr.R.LAFORA

## *Memoria 2012*



Servicio Madrileño de Salud



## Índice

Presentación .....	3
Zona de Influencia .....	4
<b>Marco geográfico</b> .....	4
<b>Estructura de la población</b> .....	6
Organigrama.....	9
Recursos Humanos .....	13
Recursos Materiales .....	14
Cartera de Servicios.....	14
<b>Especialidades disponibles</b> .....	14
Actividad Asistencial.....	15
<b>Actividad Asistencial CMBD-SIAE</b> .....	15
<b>Técnicas Utilizadas</b> .....	15
<b>Consultas Externas</b> .....	15
<b>Casuística (CMBD)</b> .....	16
Calidad e información y atención al paciente .....	17
<b>Información y Atención al Paciente</b> .....	19
Docencia y formación continuada .....	21
<b>Docencia</b> .....	21
<b>Formación Continuada</b> .....	21
Investigación .....	22
<b>Proyectos de investigación</b> .....	22
Gestión económica.....	23
<b>Financiación</b> .....	23
<b>Farmacia</b> .....	23

## Presentación

Siguiendo la línea de trabajo iniciada en ejercicios anteriores, en el ejercicio 2012 se han cumplido los objetivos de **actividad, de calidad y presupuestarios del Contrato de Gestión del Hospital**.

Se ha vuelto a incrementar el **Índice de ocupación** del centro que ha pasado de **92,9%** en 2011 a un **94,1%**. En las **unidades de Agudos** se ha pasado de un 90,7% en el 2011 a un 88,3% en 2012. En las **unidades de Larga Estancia** de un 98,1% de ocupación hemos alcanzado el 99,0%. En las unidades de **Desintoxicación y Deshabitación alcohólica** incrementamos desde 88,7% y 81,8%, respectivamente, a 91,3% y 95,9% en 2012

La **estancia media de las Unidades de Hospitalización Breve** se ha pasado de 28,1 días a 25,9 lo que implica una mejoría en la gestión de camas del centro.

Es de destacar en este ejercicio el esfuerzo realizado por todos los trabajadores del hospital, para consolidar el funcionamiento del Sistema de Información clínica "SELENE 5.3" y la implantación de la gestión de dietas mediante el programa AURORA.

En relación a los **objetivos presupuestarios**, hemos cumplido los objetivos de control del gasto en Capítulo I y en Capítulo II, destacando la implicación de los trabajadores mediante grupos multiprofesionales específicos de seguimiento del plan de ahorro y el desarrollo de cuadros de mando detallados de seguimiento del consumo y del gasto. Es de señalar, que ésta contención de gasto se ha conseguido manteniendo y aún mejorando la calidad percibida por los pacientes y usuarios, como lo refleja la **Encuesta de Satisfacción** que la Consejería elabora anualmente para todos los hospitales del SERMAS.

Todo ello ha provocado un cambio significativo en nuestra forma de trabajar con el que iniciamos un nuevo camino que probablemente repercutirá en un mejor servicio a nuestros pacientes y en un incremento significativo de la calidad.

Sin la colaboración de todos los trabajadores del centro no habría sido posible su implantación, lo que me lleva a agradecer nuevamente vuestra dedicación y profesionalidad.

Dr. Carlos Marfull Villena  
Gerente del Hospital

## Zona de Influencia

### Marco geográfico

#### Situación de las Unidades Asistenciales



#### Edificio Principal:

- 1 ☞ Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (U.C.P.P.)
- 2 ☞ Unidades de Tratamiento de la Dependencia del Alcohol: Unidad de Alcoholología para desintoxicación alcohólica (UA) y Unidad de deshabitación del alcohol (U.D.A.)
- 3 ☞ Unidad de Desintoxicación de otras sustancias adictivas (UDT)
- 4 ☞ Unidad de Gerontopsiquiatría
- 5 ☞ Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP)

#### Edificio Anexo:

- 6 ☞ Unidades de Hospitalización Breve (UHB)
- 7 ☞ Urgencias psiquiátricas
- 8 ☞ Admisión



## Ubicación del Hospital

El Hospital Dr. R. Lafora, está situado en el Km. 13,800 de la autovía M-607 de Colmenar Viejo (28049 Madrid). Se accede al mismo desde la salida 15 Valdelatas-Universidad Autónoma.

## Accesos

Transporte público: Autobuses Interurbanos, líneas 711, 712, 713, 716, 717, 721, 722, 724, 725, 726 y los nocturnos N701 y N702, todos ellos con salida en el intercambiador de Plaza de Castilla.

## Mapa de localización:



## Estructura de la población

El Hospital atiende como referencia la demanda de psiquiatría de agudos de los Distritos de Ciudad Lineal, San Blas, Tetuán, Fuencarral, de Madrid, y Colmenar Viejo (adultos con más de 18 años), aunque con la unificación de las áreas sanitarias en un área única, ingresan también pacientes de otras zonas de Madrid.

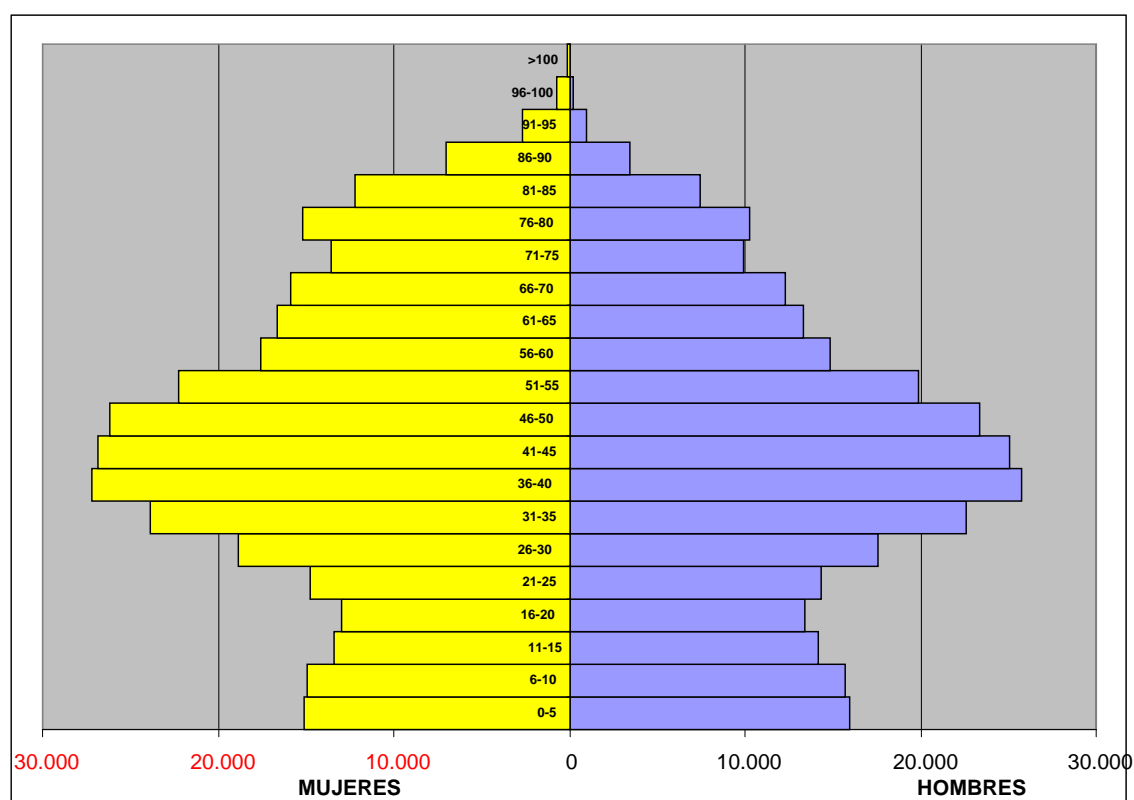
Las Unidades de Larga Estancia atienden además a la población de los distritos de Torrejón de Ardoz y Alcalá de Henares.

Las unidades de adicciones tienen a su cargo pacientes de toda la Comunidad de Madrid.

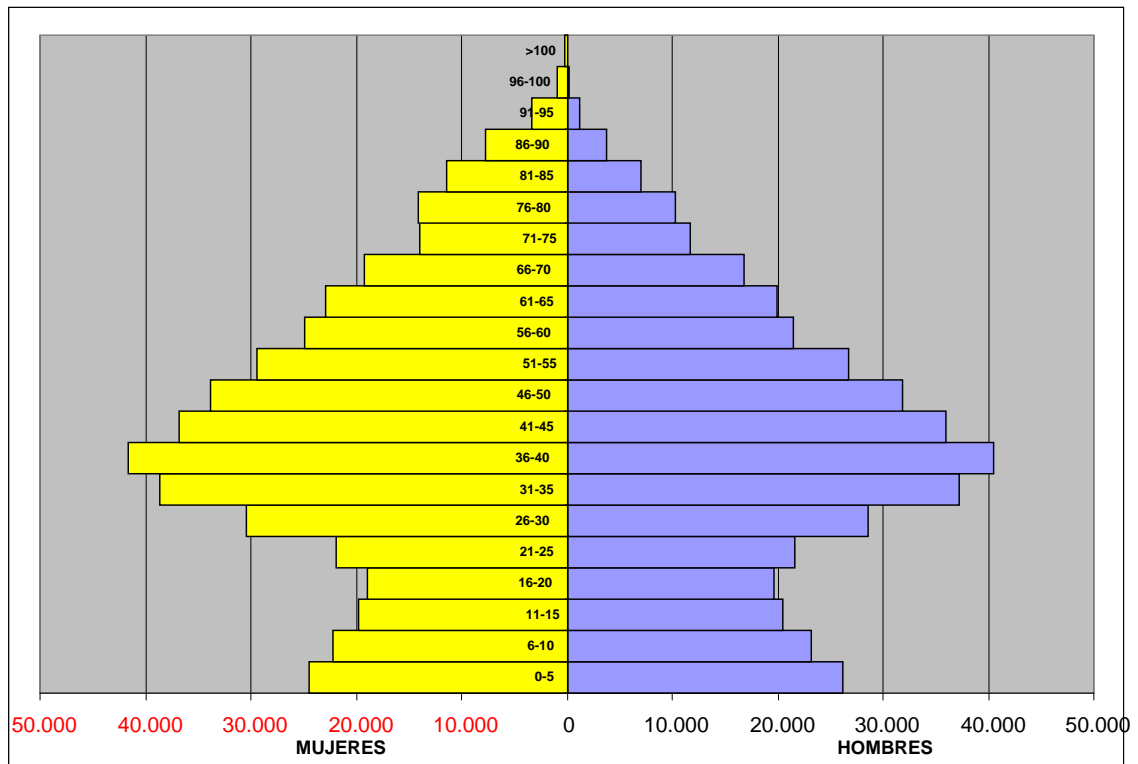
### PIRÁMIDES DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

Datos: Padrón Continuo 2012. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

Distritos de Ciudad Lineal, San Blas y Hortaleza



Distritos de Alcobendas, Colmenar Viejo, Tetuán y Fuencarral



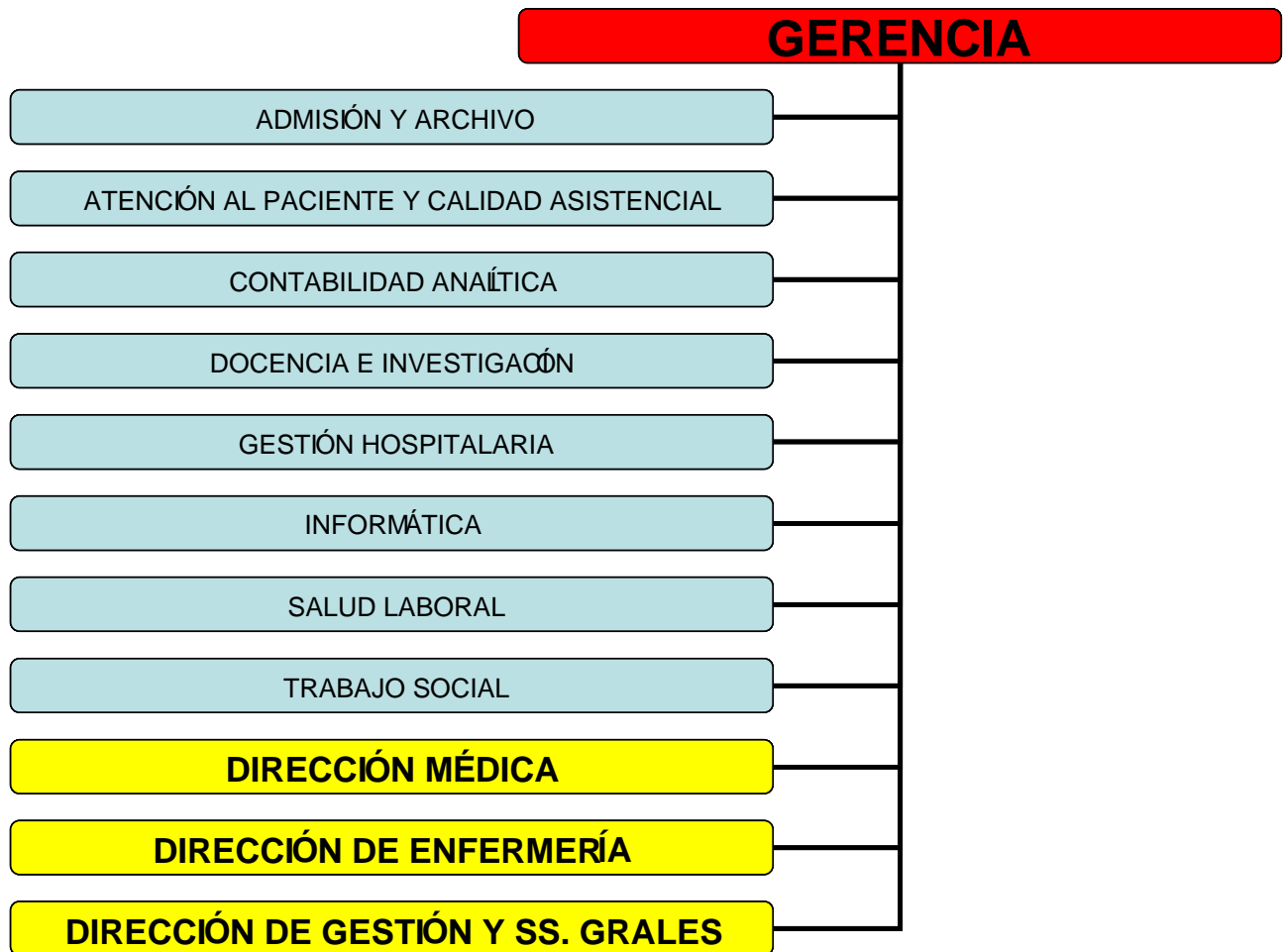
**POBLACION DE REFERENCIA PARA CADA UNA DE LAS UNIDADES  
HOSPITALARIAS (Padrón 2012)**

UNIDAD	GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL
Hospitalización Breve 1	De 18 a 65 años	239.922
Hospitalización Breve 3	De 18 a 65 años	902.654
Hospitalización Breve Gerontopsiquiatría	Mayores de 65 años	371.653
Unidad de Trastornos de personalidad	De 18 a 65 años	2.035.934
Alcoholología – Unidad de Deshabitación Alcohólica	De 18 a 65 años	5.319.274
Toxicomanías	De 18 a 65 años	5.319.274
Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 1	De 18 a 65 años	1.480.210
Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 2	De 18 a 65 años	1.480.210
Unidad de Rehabilitación	De 18 a 65 años	1.480.210
Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 5	Mayores de 65 años	276.922

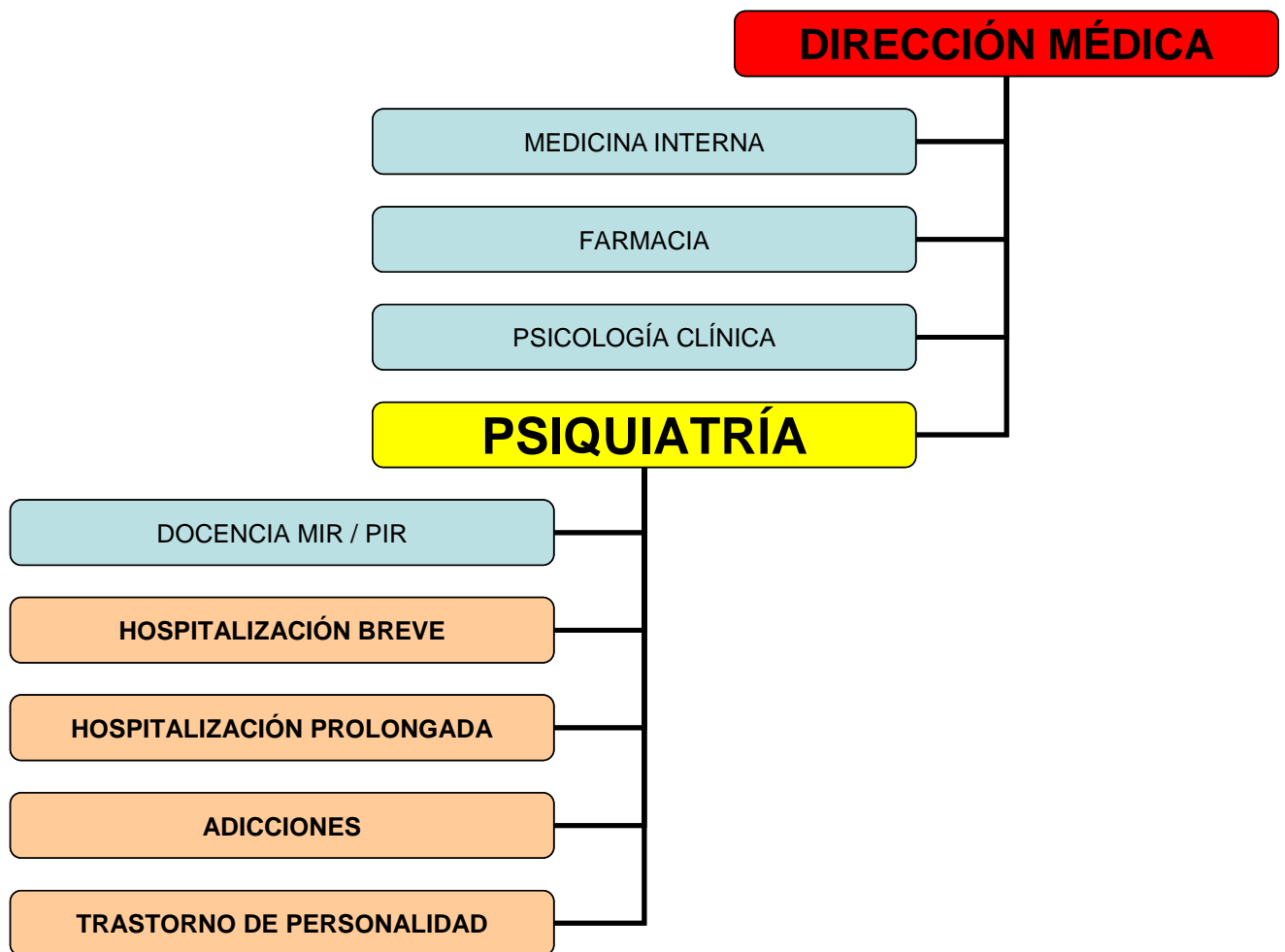


## Organigrama

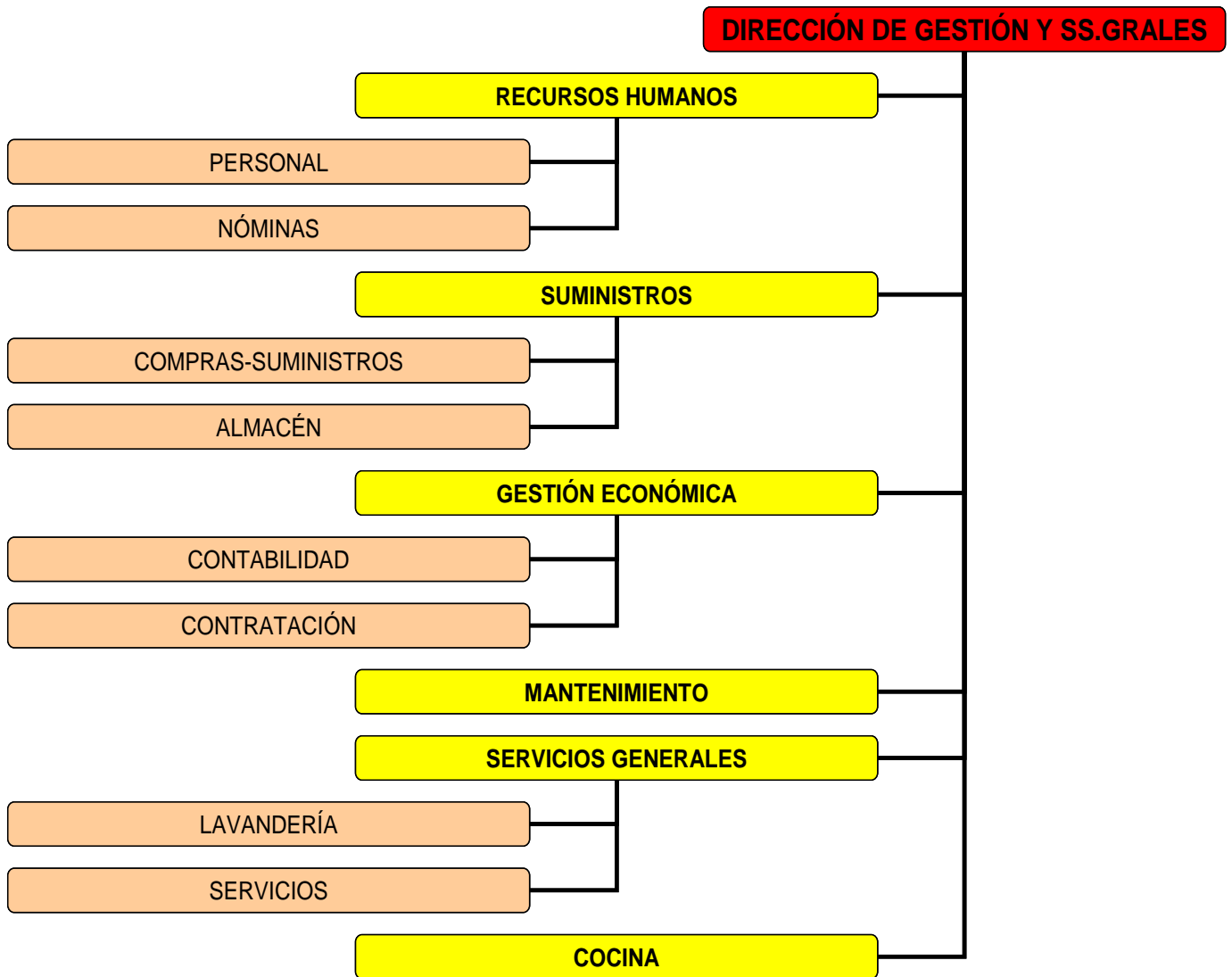
### DIRECCIÓN GERENCIA



DIRECCIÓN MÉDICA



DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y SERVICIOS GENERALES



DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



## Recursos Humanos

CATEGORÍA PROFESIONAL	AÑOS	
	2011 (*)	2012
<b>EQUIPO DIRECTIVO</b>		
Director Gerente	1	1
Director Médico	1	1
Director de Gestión	1	1
Director Enfermería	1	1
<b>DIVISIÓN MÉDICA</b>		
Facultativos	33	31
MIR/PIR	20	20
<b>PERSONAL SANITARIO</b>		
Enfermeras (DUE y Aux. Enfermería)	294	276
Fisioterapeutas, Terapia Ocupacional y otros	14	14
<b>PERSONAL NO SANITARIO</b>		
Función administrativa	57	51
Personal de Oficio	213	213
Otro personal no sanitario	17	17
<b>DOCENCIA</b>		
E.I.R.	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>654</b>	<b>629</b>

(\*)

Los datos de 2011 están corregidos con respecto a la Memoria 2011 al haber detectado un error de tipografía

## Recursos Materiales

	2011	2012
<b>CAMAS INSTALADAS</b>		
Hospital	450	320
<b>DIAGNÓSTICO POR IMAGEN</b>		
Sala convencional de Rayos X	1	1
<b>OTROS</b>		
Electroencefalografía	1	1
Terapia Electroconvulsiva (TEC)	0	1

## Cartera de Servicios

### Especialidades disponibles

SERVICIOS	DISPONIBLES
Admisión y Documentación Clínica	S
Farmacia Hospitalaria	S
Medicina del Trabajo	S
Medicina Interna	S
Psicología Clínica	S
Psiquiatría	S



## Actividad Asistencial

### Actividad Asistencial CMBD-SIAE

ACTIVIDAD ASISTENCIAL (C.M.B.D. <sup>(*)</sup> / S.I.A.E. <sup>(**)</sup> )		
	2011	2012
Porcentaje altas codificadas	100%	100%
Altas Totales (SIAE)	1.443	1.507
Estancia Media Global (SIAE)	74,09	73,09
Peso Medio Bruto	0,9530	0,9073
Ingresos Urgentes	668	782
Ingresos Programados	770	825
% Urgencias ingresadas	75,5%	77,7%
ACTIVIDAD ASISTENCIAL DESAGREGADA		
	2011	2012
Ocupación Total del Hospital	92,9%	94,1%
Ocupación de Unidades de H. Breve	90,7%	88,3%
Ocupación de Unidades de H. Prolongada	98,1%	99,0%
Ocupación de Alcoholología	88,7%	91,3%
Ocupación de Deshabitación Alcohólica	81,8%	95,9%
Ocupación de Adicciones	70,0%	61,0%
Ocupación de T. de Personalidad	66,7%	74,0%
Estancia Media de Unidades de H. Breve	28,1	25,9
Estancia Media de Alcoholología	12,1	12,6
Estancia Media de Deshabitación Alcohólica	25,6	25,8
Estancia Media de Adicciones	13,7	13,5
Estancia Media de T. de Personalidad	90,6	108,4

### Técnicas Utilizadas

TECNICA	PROPIO CENTRO	PROCEDENTES PRIMARIA	CENTRO CONCERTADO
Radiología convencional	835		
Electroencefalogramas	12		
Terapia Electro Convulsiva (TEC)	143		

### Consultas Externas

ESPECIALIDAD	1ª Consulta	Sucesivas	Total	Suc/Prim
Psiquiatría-Alcoholología	1.117	294	1.411	0,26
Psiquiatría-Trastornos de Personalidad	49	128	177	2,61
<b>TOTAL</b>	1.166	422	1.588	0,36

## Casuística (CMBD)

### GRD'S más frecuentes

GRD	DESCRIPCIÓN	Nº Casos	%	Estancia M	Peso
430	PSICOSIS	357	38,7%	19,23	1,3879
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	323	35,0%	13,07	0,58
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	59	6,4%	9,25	0,9208
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	58	6,3%	11,55	0,7556
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	56	6,1%	8,88	0,7386
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	28	3,0%	13,46	0,8774
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	20	2,2%	12	0,6096
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	8	0,9%	10,88	1,4027
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	8	0,9%	15,25	0,9616
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA Y DISFUNCION PSICOSOCIAL	5	0,5%	6,6	0,6487

### GRD'S con mayor consumo de recursos

GDR	DESCRIPCIÓN	PESO	Nº ALTAS	%	UCHs
430	PSICOSIS	1,3879	357	38,7%	495,5
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	0,58	323	35,0%	187,3
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	0,9208	59	6,4%	54,3
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	0,7556	58	6,3%	43,8
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	0,7386	56	6,1%	41,4
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	0,8774	28	3,0%	24,6
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	0,6096	20	2,2%	12,2
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	1,4027	8	0,9%	11,2
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	0,9616	8	0,9%	7,7
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA Y DISFUNCION PSICOSOCIAL	0,6487	5	0,5%	3,2

## Calidad e información y atención al paciente

### Objetivos institucionales de calidad

INDICADOR	RESULTADO HOSPITAL
<b>CALIDAD PERCIBIDA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas y CMA (<i>% de pacientes satisfechos y muy satisfechos</i>)</li> </ul>	<b>91,8%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de acciones de mejora implantadas en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2010</li> </ul>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de líneas de actuación puestas en marcha por el Comité de Calidad Percibida</li> </ul>	5
<b>SEGURIDAD PACIENTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de objetivos de seguridad del paciente establecidos en cada centro</li> </ul>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de servicios/unidades con objetivos y responsables de seguridad del paciente</li> </ul>	11
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de reuniones o visitas realizadas por directivos a las unidades vinculadas a temática de seguridad ("Rondas de seguridad").</li> </ul>	135
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central</li> </ul>	NP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de UCIs que se adhieren al proyecto de neumonía asociada a ventilación mecánica</li> </ul>	NP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de un protocolo de identificación de pacientes actualizado</li> </ul>	SI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.</li> </ul>	85,37%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de desarrollo de las actuaciones contempladas en la Estrategia de higiene de manos.</li> </ul>	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de profesionales formados en higiene de manos</li> </ul>	71,43%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de servicios quirúrgicos que han implantado la lista de verificación quirúrgica</li> </ul>	NP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica</li> </ul>	NP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión</li> </ul>	SI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.</li> </ul>	100%
<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de planes de acción implantados de acuerdo con los resultados de la autoevaluación EFQM</li> </ul>	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grado de despliegue de las actuaciones para la implantación de la gestión medioambiental por centro.</li> </ul>	Fase 1: Estrategia y Planificación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de reuniones del Comité de Lactancia Materna</li> </ul>	NP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de servicios /unidades que utilizan escalas de valoración del dolor</li> </ul>	NP

**Comisiones clínicas**

Nombre	Número integrantes	Número reuniones
Comisión de Calidad Asistencial	13	4
Comisión de Documentación	10	1
Comisión de Farmacia	13	1
Unidad de Gestión de Riesgos	14	6
Comisión de Biblioteca	9	
Comisión de Formación Continuada	SC. No asistencial: 8 SC. Asistencial: 11	
Comisión de Investigación	6	
Comisión de Docencia MIR/PIR	10	

**Otras actuaciones****Mejora de la Calidad de la Información del Proceso Asistencial:**

- Cuadro de Mando incidentes.
- Protocolo/procedimiento de traslado de pacientes desde la Urgencia a las unidades de Hospitalización.

**Mejora de las Personas de la Organización:**

- Incorporación del personal en formación en el Comité de Calidad Percibida y en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

**Acciones Mejora en Áreas Priorizadas según resultado de la Evaluación EFQM:**

- Implantación de la Comisión de Seguimiento de la Actividad Médica (COSAM). Reuniones trimestrales del Equipo Directivo con todos los Jefes de Servicio, Responsables y Coordinadores del área asistencial, como sistema de participación de los distintos niveles de profesionales, en la definición de la política y estrategia del Centro.
- Mejorar la información y señalización interna del Hospital. Análisis de la situación actual de la información y señalización interna del Centro y elaboración de propuesta de mejora.
- Realización de reuniones de la Dirección de Gestión y Servicios Generales trimestrales con los mandos intermedios del área no asistencial con el objetivo de conseguir una mayor participación e implicación de los profesionales en el conocimiento y consecución de los objetivos del Centro.

## Información y Atención al Paciente

### Objetivos institucionales de información y atención al paciente

INDICADOR	RESULTADO HOSPITAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de acciones de mejora desarrolladas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones presentadas en 2011.</li> </ul>	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de servicios médicos y quirúrgicos en hospitalización con protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y responsables, según el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización.</li> </ul>	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Guías de Acogida puestas a disposición de los pacientes ingresados en relación al total de pacientes ingresados.</li> </ul>	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro específico para verificar la entrega de la Guía de Acogida</li> </ul>	SI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas de hospitalizaciones producidas.</li> </ul>	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de registro específico para verificar la entrega de la Guía de Información al Alta.</li> </ul>	SI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al número total de <i>exitus</i> producidos.</li> </ul>	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de registro específico para verificar la entrega de la Guía de Atención al Duelo.</li> </ul>	SI

### Reclamaciones

	Presentadas	Contestadas en menos de 30 días	Contestadas en más de 30 días
2012	19	19	100%
2011	30	30	100%

### Otras actuaciones

#### Acciones de Mejora en relación con los resultados de la encuesta de satisfacción de 2011

- Mejorar los procedimientos de información sobre la existencia de Trabajadoras Sociales a disposición de los pacientes y familiares.
- Mejorar los procedimientos de información sobre la existencia del Servicio de Atención al Paciente a disposición de los pacientes y familiares
- Revisión de los procedimientos que pueden influir en la temperatura de la comida (emplatado, transporte, horarios de comida, etc.) y análisis de los datos en el seno de la Comisión de dietética con el objetivo de elaborar las acciones de mejora.

- Implantar el menú alternativo en las unidades de agudos (Hospitalización Breve).
- Mejorar el procedimiento de información a los pacientes en relación con la identificación del personal de enfermería.

**Acciones Mejora según resultado de las Quejas, Reclamaciones y Sugerencias:**

- Revisar y actualizar los protocolos y procedimientos de custodia de efectos personales de los pacientes. Se ha revisado el procedimiento al ingreso, en larga estancia y de efectos de valor.
- Se ha realizado acciones encaminadas a mejorar el trato personal, mediante cursos de formación dirigidos al personal de enfermería (auxiliares) "Necesidades Básicas de los Pacientes Psiquiátricos. Relación y Comunicación".
- Se han revisado y actualizado las normas de funcionamiento de las Unidades de Desintoxicación y Deshabitación Alcohólica, y de las Unidades de Hospitalización Breve.



## Docencia y formación continuada

### Docencia

#### Convenios Firmados

CONVENIOS	Contenido
<b>CENTROS</b>	
CES CARDENAL CISNEROS	Prácticum Psicología
UNIVERSIDAD CAMILO JOSE CELA	Prácticum Psicología
IES CIUDAD ESCOLAR	Prácticas FP Atención Socio sanitaria
CPR VALDEMILANOS	Prácticas Módulo Farmacia
U. PONTIFICIA DE SALAMANCA	Formación Diplomatura de Enfermería
U. REY JUAN CARLOS	Formación Diplomatura de Enfermería
U. REY JUAN CARLOS	Formación Ciencias de la Salud

FORMACION POSTGRADO	ALUMNOS
<b>CENTROS</b>	
MIR Psiquiatría	16
PIR	4
EIR	2

### Formación Continuada

Cursos/Jornadas/Sesiones/ Talleres	Número Horas	Número Asis- tentes
<b>TODAS LAS DIVISIONES</b>		
<b>Cursos y Talleres</b>		
Total Cursos/Talleres	116/104	155/243
<b>SESIONES CLÍNICAS GENERALES</b>		
<b>SERVICIO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>FECHA</b>
PSIQUIATRIA	31 sesiones	Todos los miércoles menos vacaciones

## Investigación

### Proyectos de investigación

Título	Financiador	Importe Financiación
"Estudio exploratorio, internacional, multicéntrico, prospectivo, abierto, de 6 meses de duración sobre la transición a palmitato de paliperidona en dosis flexibles en pacientes con esquizofrenia tratados previamente sin éxito con antipsicóticos orales o inyectables de larga duración".  Código de protocolo: R092670-SCH-3010; Número EudraCT: 2009-018022-30.	Janssen-Cilag Internacional N.V.	Prorrogado en 2012. Financiación pendiente según reclutamiento y duración del Ensayo Clínico

## Gestión económica

### Financiación

<b>Capítulo I - Personal</b>	
Gastos sin cuotas	16.689.875
Cuotas Seguridad Social	5.452.969
<b>TOTAL CAPÍTULO I</b>	<b>22.142.844</b>
<b>Capítulo II -Gastos Corrientes</b>	
Compra de bienes corrientes y servicios	4.422.559
Actividad Concertada	
<b>TOTAL CAPÍTULO II</b>	<b>4.422.559</b>
<b>Inversiones</b>	
Plan de necesidades	
Obras	247.442
Planes de Montaje	
Centros de Especialidades Periféricos	
Alta Tecnología	
<b>TOTAL INVERSIONES</b>	<b>247.442</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26.812.845</b>

### Farmacia

COMPRAS	AÑO 2012	% INC 2012/2011
Total adquisiciones directas		
1º Grupo farmacéutico de mayor gasto: <b>Antipsicóticos</b>	247.292,31	-16,30%
2º Grupo farmacéutico de mayor gasto: <b>Antiepilépticos</b>	26.013,63	-41,49%
3º Grupo farmacéutico de mayor gasto: <b>Antirretrovirales</b>	28.726,68	43,85%
4º Grupo farmacéutico de mayor gasto: <b>Antiasmáticos</b>	18.171,57	15,43%
5º Grupo farmacéutico de mayor gasto: <b>Dietéticos</b>	8.121,31	-47,47%