

MEMORIA SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE **Actividad 2017**

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Dirección: Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Ibiza 43, 28009, Madrid.

Contenido

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE | 1 |
| Criterio 1. LIDERAZGO Y ORIENTACIÓN AL CLIENTE | 4 |
| 1.1 Liderazgo y coherencia | 4 |
| 1.1.1 Definición de la Misión, Visión y Valores del SEPNA | 4 |
| 1.1.2 Comunicación y despliegue de la política y estrategia | 5 |
| 1.1.3 Coherencia en la actuación de directivos con los valores de la organización..... | 6 |
| 1.1.4 Utilización de canales de comunicación bidireccionales y relación con grupos de interés..... | 8 |
| 1.1.5. Facilitación de recursos para consecución de objetivos, apoyo a iniciativas de mejora y reconocimiento de logros | 8 |
| 1.2.- Orientación al Cliente | 13 |
| 1.2.1.- Identificación y segmentación de clientes, investigaciones de mercado | 13 |
| 1.2.2.- Comprobación de especificaciones de producto / servicio..... | 16 |
| 1.2.3.- Sistema de gestión de reclamaciones | 18 |
| 1.2.4.- Definición de objetivos y medición de niveles de satisfacción del cliente..... | 18 |
| Criterio 2. CONFIANZA DE LOS CLIENTES | 20 |
| 2.1.- Preventa..... | 20 |
| 2.1.1 Plan estratégico comercial e imagen de marca | 20 |
| 2.1.2 Política de márketing responsable | 22 |
| 2.1.3 Análisis de necesidades de información de clientes de productos/servicios | 22 |
| 2.1.4 Procesos de comunicación de características de productos/servicios..... | 23 |
| 2.1.5 Diseño de nuevos productos/servicios junto a clientes. | 24 |
| 2.1.6 Identificación de productos/servicios. | 25 |
| 2.1.7 Realización de pruebas piloto. | 26 |
| 2.1.8 Certificación específica de productos/servicio. | 27 |
| 2.2.- Venta del producto/Prestación del Servicio | 27 |
| 2.2.1 Recogida de percepción de clientes de productos/servicios | 27 |
| 2.2.2 Grado de conocimiento del personal de procesos e indicadores relacionados con la satisfacción del cliente | 27 |
| 2.2.3 Proceso de control de la venta..... | 28 |
| 2.2.4 Utilización de tecnologías de la información para mejorar la venta..... | 29 |
| 2.3.- Garantía y Soporte | 30 |
| 2.3.1 Utilización de la información del cliente para mejorar productos/servicios. | 30 |
| 2.3.2 Procesos de atención al cliente y posventa | 30 |
| 2.3.3 Asesoramiento a clientes sobre uso responsable de productos/servicios. | 31 |
| 2.3.4 Sistema de seguridad de la información de clientes..... | 31 |
| 2.3.5 Búsqueda de diferenciación y fidelización de clientes por la Organización. | 32 |
| Criterio 3. RESULTADOS EN LOS CLIENTES, PERSONAS Y SOCIEDAD | 34 |
| 3.1.- Medidas de percepción | 34 |
| 3.1.1- Medidas de percepción en clientes..... | 34 |
| 3.1.2- Medidas de percepción en personas | 38 |
| 3.1.3- Medidas de percepción en la sociedad..... | 39 |
| 3.2.- Indicadores de rendimiento | 42 |
| 3.2.1- Indicadores de rendimiento clientes..... | 42 |
| 3.2.2- Indicadores de rendimiento personas | 44 |
| 3.2.3. Indicadores de rendimiento en la sociedad | 45 |
| 3.3.- Resultados clave | 46 |
| 3.3.1- Resultados clave de la actividad..... | 46 |
| 3.3.2- Resultados clave de rendimiento | 47 |

GLOSARIO

| | |
|-----------------|--|
| AEMPS | Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios |
| AAPP | Administraciones Públicas |
| AEPNYA | Asociación española de psiquiatría del niño y adolescente. |
| AMI-TEA | Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista |
| AP | Atención Primaria |
| ATraPA | Acciones para el tratamiento de la personalidad adolescente |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| CEIC | Comité de ética en investigación clínica |
| CIBERSAM | Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental |
| CISM | Centro de Investigación en Salud Mental |
| CM | Comunidad de Madrid |
| CS | Consejería de Sanidad |
| CSM | Centros de Salud Mental |
| DGIFI | Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras |
| DUE | Diplomado universitario de enfermería |
| ECNP | European Congress of Neuropsychopharmacology |
| ESCAP | European Society for Child and Adolescent Psychiatry |
| GI | Grupo de Interés |
| HGUGM | Hospital General Universitario Gregorio Marañón |
| IiSGM | Instituto de Investigación del Hospital Gregorio Marañón |
| LE | Línea Estratégica |
| PE | Plan estratégico |
| SAP | Servicio de Atención al Paciente |
| SEP | Sociedad Española de Psiquiatría |
| SEPNA | Servicio de psiquiatría del niño y adolescente. |
| SERMAS | Servicio Madrileño de Salud |
| SIRS | Sociedad Internacional de estudio de la esquizofrenia |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SPM | Sociedad Psiquiatría Madrileña |
| TCA | Trastorno de conducta alimentaria |
| TEA | Trastornos del Espectro Autista |
| TICs | Tecnologías de la información |
| UADO | Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente |
| UCM | Universidad Complutense de Madrid |

PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL: Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (SEPNA). Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, calle Ibiza 43, 28009, Madrid, España.

Sector: Sanidad Pública (atención a salud mental)

Número de empleados: 99

FUNDACIÓN E HISTORIA- El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente proporciona asistencia global en Salud Mental, pública y gratuita, a los niños y adolescentes con problemas de salud mental y a sus familias atendidos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), así como a las personas que cumplen con los requisitos de participación en los distintos programas específicos que se desarrollan en él.

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente forma parte de la Red de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (una de las 17 Comunidades Autónomas en las que se organiza el Estado Español), donde es uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente menor de edad con problemas de salud mental. En la Comunidad de Madrid (CM), la Consejería de Sanidad planifica la política sanitaria y gestiona la asistencia sanitaria pública y concertada. La estrategia del Servicio está por tanto alineada con la de la Consejería de Sanidad y con la del HGUGM.

El primer paso en la creación del Servicio fue la apertura en el año 2000 de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes (UADO) en el Departamento de Psiquiatría del HGUGM. Esta Unidad, que abrió con solo 3 psiquiatras y un psicólogo, fue la primera unidad de ingreso psiquiátrico para adolescentes de la CM y ha sido pionera en España en promover el desarrollo conjunto de la asistencia y la investigación, así como en organizar desde el principio la actividad en torno a estándares y criterios de calidad.

Los hitos más representativos de la historia del Servicio se incluyen en la Tabla p.1. En resumen, el crecimiento a partir la Unidad de Hospitalización inicial ha sido exponencial, uniéndose en el año 2010 con la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Materno-Infantil para conformar la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que se configura en Servicio en el año 2013. También en 2013 se integra en el Servicio toda la asistencia extrahospitalaria en salud mental del niño y del adolescente de los Centros de Salud Mental (CSM) dependientes del HGUGM además de la actividad con menores que había sido cubierta hasta ese momento por profesionales de adultos (programa Atiende infantil, que dependía del programa Atiende de adultos). Desde 2009, se ha fomentado la creación y desarrollo de Programas que atienden mediante equipos multidisciplinares a personas con patologías psiquiátricas o problemas de salud mental específicos. Desde entonces, se han creado un total de 10 de estos Programas, de referencia para toda la CM. Varios de ellos desarrollan actividad clínica y de investigación pionera a nivel internacional (entre ellos AMITEA o PIENSA), que está sirviendo de modelo para desarrollo de programas similares en países como EEUU.

Como se irá detallando a lo largo de esta memoria, el Servicio ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la CM sino a nivel estatal e internacional, como lo atestiguan los índices de productividad científica, coordinación de proyectos de la Comisión Europea y participación en otros proyectos internacionales, buenas prácticas clínicas reconocidas, guías clínicas y farmacológicas internacionales lideradas por sus profesionales, publicaciones en las revistas internacionales de más prestigio y premios recibidos, entre otros.

CLIENTES Y SERVICIOS- El ámbito a quien proporcionamos nuestros servicios es la CM. Nuestros clientes son niños y adolescentes hasta los 17 años inclusive (con excepción de algunas patologías como el autismo, síndromes genéticos como 22q11 o Prader Willi y el programa de psiquiatría perinatal en el que se atiende a personas de otras edades) y sus familiares y tutores. Prestamos servicios a distintos sectores de población de la CM según los programas, que se detallan en el criterio 1.2.6. En resumen, el SEPNA incluye dispositivos asistenciales como la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UADO), programas ambulatorios de tratamiento (programas específicos hospitalarios y Centros de Salud Mental) e interconsulta; el grupo de investigación vinculado al mismo; y aspectos docentes. El SEPNA se articula pues dentro de la Red de Salud Mental de la CM como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente menor de edad con problemas de salud mental.

Con el fin de determinar las necesidades y expectativas de clientes y aspirar a la excelencia en los servicios, anticipando e identificando mejoras destinadas a fortalecer las características de los servicios de mayor valor para nuestros clientes, disponemos de diferentes mecanismos de contacto y captación de sus necesidades y expectativas, así como de todo lo que concierne a los elementos reguladores, protocolos y las mejores prácticas del sector.

Personal- De los 4 profesionales que iniciaron el trabajo en la Unidad de Hospitalización de Adolescentes, se ha pasado en poco más de 15 años a un numeroso equipo multidisciplinar. En 2017, para la *actividad asistencial y docente* el Servicio cuenta con 62 profesionales: 12 psiquiatras (incluyendo al Jefe de Servicio), una supervisora de enfermería, 33 trabajadores de enfermería incluyendo auxiliares y diplomados en enfermería, 8 psicólogos clínicos, 3 trabajadores sociales, 1 terapeuta ocupacional, 2 profesores de Educación Secundaria (uno de ámbito científico y otro de ámbito lingüístico) y 1 administrativo. De estos profesionales, uno es Profesor Titular de Universidad (acreditado como Catedrático), nueve son profesores asociados de psiquiatría o psicología (2 de ellos acreditados como Titular) y más de veinte son profesores colaboradores. Para la *actividad investigadora* se ha conseguido financiación externa al hospital que ha permitido la contratación a través de la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón (FIBHGM) de 37 investigadores: 4 psiquiatras, 21 psicólogos, 2 expertos en neuroimagen, 1 técnico de laboratorio, 2 data manager, 2 estadísticos, 3 diplomados de enfermería y 2 administrativos. El 100% de estos profesionales con dedicación a investigación están contratados con financiación propia del Servicio conseguida en convocatorias competitivas. Además, varios de los profesionales que se dedican a labores asistenciales y docentes participan también activamente en proyectos de investigación.

Figura p.1 Organigrama del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

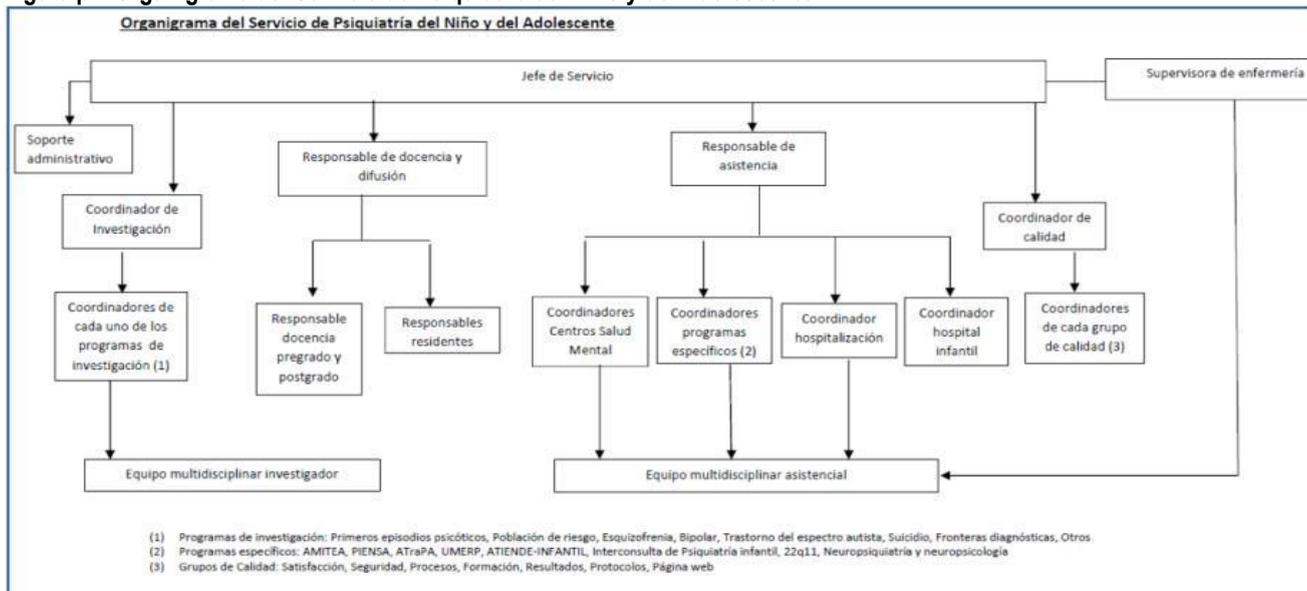


Tabla p.1 HITOS MÁS REPRESENTATIVOS

| | |
|---------|--|
| 2000 | Se crea la Unidad de Hospitalización de Adolescentes en el Servicio de Psiquiatría del HGUGM. |
| 2001 | Se inicia el programa de primeros episodios psicóticos de inicio temprano |
| 2008 | El Jefe de Servicio es nombrado coordinador de la única Red de Investigación en Psiquiatría que existe a nivel nacional: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental |
| 2009 | Se inaugura el primer programa específico ambulatorio: el programa AMI-TEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista). |
| 2010 | Se crea la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (unión Sección Psiquiatría Infantil v Unidad de Adolescentes) |
| 2012 | La Comisión Europea encarga la hoja de ruta de investigación en salud mental en Europa al CIBERSAM, liderando el Jefe de Servicio |
| 2013 | La Sección se configura en Servicio: El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del HGUGM Se integra al Servicio toda la asistencia en salud mental del niño y del adolescente del área 1 (CSM de Moratalaz y CSM de Retiro) y la actividad con menores con trastornos mentales que no estaba integrada en el Servicio (Atiende infantil, que dependía del programa Atiende de adultos). |
| 2014-15 | Se crean nuevos programas específicos como genética y psiquiatría o menor infractor. El Jefe de Servicio es nombrado Presidente de la primera Comisión Nacional de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y de la Comisión de Tronco de Psiquiatría. |
| 2016-17 | Se crea el Programa de Diagnóstico complejo de TEA en respuesta a la enorme demanda social. Participación de profesionales del Servicio en la elaboración del Plan de Salud Mental Infanto-juvenil de la Consejería de Sanidad de la CM. Dotación para creación de un Hospital de Día Hospitalario para adolescentes dependiente del Servicio |

Competidores clave- Dentro del Sistema Nacional de Salud, nuestros competidores clave son todos aquellos Servicios que proporcionan asistencia en aspectos relacionados con la Salud Mental a niños y adolescentes. Dentro de ellos, los Servicios de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Clinic i Provincial de Barcelona y del Hospital Niño Jesús de Madrid, por su especial posicionamiento de liderazgo a nivel nacional, han sido los que hemos tomado como modelo de comparación en los aspectos disponibles para ello. Se aportan en esta memoria las comparaciones disponibles (algunas de las relativas a 2017 se recibirán durante el primer trimestre de 2018). Las diferencias en sistemas de salud en otros países (sanidad privada, modelos de gestión alejados del nuestro) no hacen factible la comparación con Servicios de reconocido prestigio a nivel internacional. En relación a la investigación, al estar incluidos en la Red Nacional de Investigación (CIBER) y en el Instituto de Investigación del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) tenemos posibilidades de comparación con servicios similares al nuestro, tanto de psiquiatría como de otras especialidades dentro de la medicina. A nivel de docencia, en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) se ha generalizado recientemente la utilización del sistema Docentia, mediante el que los alumnos califican a los profesores titulares de las distintas disciplinas de manera anónima (ver resultados en criterio 3).

Inversores principales - Las inversiones globales de fondos propios (independientes de los fondos públicos de la Consejería) provienen de varias fuentes y varían de unos años a otros. Las cifras se muestran en la tabla 1.1.e. El montante llegó a más de 5 millones de euros en 2010, superando el millón de euros en los cinco últimos años. Para favorecer la comparativa con otros centros, desde hace más de 10 años se financia con fondos propios la visita de profesionales del Servicio a los centros que se consideran como mayores competidores o que tengan buenas prácticas exportables al Servicio.

| Tabla p.2. RUTA HACIA LA EXCELENCIA | |
|--|--|
| 2002 | Formación a los profesionales en el Modelo EFQM |
| 2003 | Primer estudio de satisfacción del personal Elaboración de la primera memoria según el Modelo EFQM. Primera autoevaluación: 208 puntos |
| 2004 | Desarrollo del primer plan de mejora de calidad a partir de los resultados de la autoevaluación. Creación de los primeros grupos de mejora de calidad de aspectos específicos Publicación de la primera Carta de Servicios |
| 2005 | Elaboración del mapa de procesos de la Sección Segunda autoevaluación: 311 puntos. V Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid , Mención Especial del Jurado. |
| 2006 | Premio Pfizer a la Excelencia en Gestión Clínica |
| 2007 | Tercera autoevaluación: 406 puntos Nuevos grupos de mejora de calidad |
| 2008 | VI Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la CM |
| 2009 | Premio a la excelencia clínica para los servicios de la Sociedad Española de Psiquiatría |
| 2010 | Cuarta autoevaluación , validada oficialmente: 435 puntos Elaboración de un nuevo plan de calidad Publicación de la segunda Carta de Servicios |
| 2011-12 | Elaboración del primer plan estratégico de la Sección |
| 2012 | Premio Best In Class (BIC) Mejor Área en Esquizofrenia en Atención al Paciente |
| 2013 | Premio Lundbeck a la Excelencia en Calidad en SaludMental. Fundación Avedis Donabedian |
| 2014 | Premio Best in Class (BIC) al Mejor Servicio de Psiquiatría I Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría I Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) , Dr. Celso Arango, segundo en el ranking nacional de Psiquiatría Forbes, Mejores psiquiatras en España . Dr. Celso Arango primer puesto Premio al Mejor Profesional Sanitario de la Federación Autismo Madrid a José Romo (gestor de casos AMI-TEA) |
| 2015 | Quinta autoevaluación , validada oficialmente: 500-550 puntos Publicación Carta de Servicios del Servicio y de AMITEA Sello 500+EFQM AEVAL y Club de Excelencia en Gestión Premio de la Federación Autismo al H.G.U. Gregorio Marañón II Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) , Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional Premios Discapnet, Proyecto Doctorea finalista a la mejor iniciativa TIC. |
| 2016 | Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL III Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría Premio Enfermería en Desarrollo en Calidad Percibida |
| 2017 | Premio Iberoamericano de Calidad galardón Oro IV Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría Índice de Excelencia Hospitalaria , primer Servicio de Psiquiatría a nivel nacional Premio Avedis Donabedian a la excelencia en calidad en Salud Mental Premio Best in Class (BIC) Mejor Servicio de Psiquiatría |

RUTA HACIA LA EXCELENCIA- En julio de 2002 se publicó el Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, donde se recomendó el modelo EFQM como sistema de gestión y mejora de calidad para las organizaciones sanitarias, que se ha mantenido como modelo en planes sucesivos. La entonces Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente fue la primera del HGUGM en aplicar el Modelo EFQM en 2003. Desde entonces, el 40% de la plantilla ha asistido voluntariamente a cursos de formación en el Modelo EFQM y se han financiado las evaluaciones externas con fondos propios del SEPNA.

El compromiso con la Mejora Continua de la Calidad ha sido constante entre los profesionales del Servicio. Los múltiples premios recibidos, entre ellos el Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL en su última convocatoria así lo atestiguan. La Tabla p.2 incluye los principales hitos de la Ruta hacia la excelencia, incluyendo los principales premios de calidad y al desempeño profesional

RETOS Y ESTRATEGIA- Para definir la estrategia se lleva a cabo un análisis estratégico basado en datos externos e internos. El desarrollo de la estrategia del Servicio parte de las directrices marcadas por el Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, por la Dirección del Hospital Universitario Gregorio Marañón y por el Departamento de Psiquiatría del Hospital. La misión, visión y valores están en consonancia con las del HGUGM.

Además de estas directrices, el Servicio establece sus propios mecanismos para desarrollar las líneas estratégicas y los objetivos clave reflejados en el Plan estratégico 2016-2019:

- 1- Sistemas para recoger información sobre necesidades y expectativas de sus grupos de interés (GI).
- 2- Necesidades identificadas durante las evaluaciones periódicas con el Modelo EFQM.
- 3- Revisión continua de la evidencia científica en revistas, libros, congresos, cursos, etc. para conocer nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares.
- 4- Análisis DAFO consensuado con los profesionales del Servicio para establecer/priorizar acciones.

Para garantizar que esta estrategia se lleva a la práctica, las líneas estratégicas se concretan en objetivos estratégicos específicos que se despliegan mediante planes de acción operativos que incluyen acciones, responsables, calendario, y sistemas de indicadores para monitorizar su cumplimiento (figura 2.1.b). El seguimiento de estos planes se realiza en las reuniones trimestrales de gestión.

Criterio 1. LIDERAZGO Y ORIENTACIÓN AL CLIENTE

1.1 Liderazgo y coherencia

1.1.1 Definición de la Misión, Visión y Valores del SEPNA

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (SEPNA) forma parte del Departamento de Psiquiatría del HGUGM. Los trabajadores del Servicio reciben directrices tanto del responsable de su disciplina en el hospital, el Jefe de Departamento, como de los líderes del Servicio. Como el alcance de esta memoria está limitado principalmente al SEPNA, nos centraremos en las funciones de liderazgo y coordinación llevadas a cabo dentro de este Servicio.

Entendemos como líder a una persona que sirve de guía para un grupo de personas, movilizándolas y motivándolas para la consecución de los objetivos establecidos. El papel de los líderes del Servicio se orienta fundamentalmente al equipo humano, a los clientes y a otros grupos de interés externos. En todos estos aspectos, el denominador común es el liderazgo compartido a través de la asunción de responsabilidades de los profesionales, el trabajo en equipo y la comunicación, con un fundamento muy sólido en la ética profesional y los valores del Servicio.

Los líderes principales del SEPNA son el Jefe de Servicio y la Supervisora de Enfermería. Además, diversos profesionales desempeñan la posición de líderes al actuar como coordinadores de grupos de trabajo, motivando y dirigiendo a los participantes, o siendo identificados como responsables de distintos procesos. Al favorecer un sistema de trabajo en el que se potencia la gestión descentralizada y la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores, el liderazgo transversal es asumido por muchas personas en momentos distintos y para tareas diversas. Así, por ejemplo, de los psiquiatras del Servicio una es Jefa de Sección de la Unidad de Adolescentes, otra coordina los aspectos de Calidad, otro coordina el programa de Rotación de Residentes, otra psiquiatra es coordinadora del programa AMI-TEA, otro lidera el programa ATraPA, una psicóloga es Tutora de Residentes en psicología, una psiquiatra es Tutora del de Residentes en Psiquiatría y varios de los profesionales lideran los grupos de áreas de mejora (ver figura p.1).

El desarrollo y puesta en práctica de la *Misión, Visión y Valores del Servicio (fig. 1.1.a)* son responsabilidad directa del Jefe de Servicio y de la Supervisora de enfermería, que están también encargados de comunicárselos al resto de los trabajadores y de evaluar la efectividad de su implantación. Ambos lideraron su definición en 2003 tomando como inspiración la Misión, Visión y Valores del HGUGM, adaptándolos a sus características y a las de la población tratada. Se han ido modificando con cada Plan Estratégico y siempre que ha sido necesario en función del crecimiento del Servicio.

Figura 1.1.a Misión, visión y valores de SEPNA

| MISIÓN |
|--|
| Proporcionar al usuario una atención sanitaria completa y adecuada a sus necesidades, garantizando que la asistencia sea correcta y se lleve a cabo con un funcionamiento eficiente de los recursos. Desarrollar investigación y proporcionar docencia de excelencia que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, sus familiares y la sociedad. Promover el desarrollo personal y profesional de su equipo humano. |
| VISIÓN |
| Ser referente nacional e internacional en asistencia, investigación y docencia en el que los profesionales trabajen de manera eficiente, comprometida y sensible. |
| VALORES |
| 1. Compromiso, respeto y discreción en el servicio al usuario 2. Mejora continua de procesos 3. Gestión participativa con recursos humanos como principal activo del Servicio 4. Calidad integral como respuesta a las expectativas del usuario 5. Liderar la investigación nacional e internacional en Psiquiatría del Niño y del Adolescente 6. Impartir una docencia de excelencia 7. Sostenibilidad 8. Sensibilidad |

El SEPNA engloba a la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UADO), a los distintos programas ambulatorios de tratamiento que incluyen los programas hospitalarios y los Centros de Salud Mental (CSM), la interconsulta infantil, el grupo de investigación vinculado al mismo y los aspectos docentes. El SEPNA se articula pues dentro de la Red de Salud Mental de la CM como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente menor de edad con problemas de salud mental. Su función es ofrecer un cuidado integral médico, psicológico, de enfermería, integrando aspectos educativos y sociales en el contexto de una estrecha colaboración con los Departamentos de Psiquiatría, Pediatría y otras Especialidades Médicas.

1.1.2 Comunicación y despliegue de la política y estrategia

La Misión, Visión y Valores vigentes están incluidos en los distintos espacios visibles por personal y usuarios, tanto a nivel físico (pósters, trípticos), como en las Cartas de Servicios o la página web del Servicio (www.ua.hggm.es). Los servicios a los ciudadanos y los compromisos del servicio se incluyen en las Cartas de Servicios del SEPNA, publicándose de manera anual los resultados de los compromisos pactados en el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid. El Jefe de Servicio y la Supervisora de Enfermería comunican la Misión, Visión y Valores y los contenidos de las Carta de Servicios a los trabajadores de SEPNA en las reuniones de gestión. Las principales reuniones de gestión del SEPNA se detallan en la tabla 1.1.a. En el Protocolo de Coordinación (disponible en el Mapa de Procesos) se especifican con detalle todas las reuniones de trabajo que se llevan a cabo en el Servicio.

Tabla 1.1.a SISTEMA DE DIRECCIÓN, GESTIÓN Y REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN

| ACCIÓN | | PERIODICIDAD |
|--|---|---------------------|
| REUNIONES DE COORDINACIÓN Y DE GESTIÓN DEL SERVICIO | Reuniones Psiquiatría infantil y programas asociados (neuropsicología, UMERP, psiquiatría de enlace) | Semanal |
| | Reuniones de la UADO | Diaría |
| | Reuniones casos nuevos de la UADO | Semanal |
| | Reuniones para evaluar desarrollo de acciones de mejora del trabajo clínico en la UADO | Mensual |
| | Reuniones programa PIENSA | Semanal |
| | Reuniones programa ATraPA | Semanal |
| | Reuniones programa AMI-TEA | Quincenal |
| | Reuniones programa Diagnóstico complejo TEA | Quincenal |
| | Reuniones de los profesionales del equipo Infanto-juvenil de CSM Retiro | Semanales |
| | Reunión de gestión del Servicio según modelo EFQM | Trimestral |
| | Reuniones de gestión del equipo investigador del Servicio | 2 x semana |
| | Reuniones de Psiquiatría Infantil y Neuropediatría | Quincenal |
| | Reuniones de Psiquiatría Infantil y Neonatología | Semanal |
| OTRAS REUNIONES DE GESTIÓN | Reuniones de planificación del equipo de investigación | 2 x semana |
| | Reuniones clínicas con todo el Servicio | 2 x semana |
| | Reuniones de la Supervisora de enfermería con los profesionales de enfermería | Bianual |
| | Reuniones extraordinarias por algún incidente o problema | Si se requiere |
| MODOS DE REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO | Reuniones con Jefe de Departamento, Jefes Servicio y Jefa Departamento de Enfermería | Quincenal |
| | Reuniones con la Dirección del Hospital | A demanda |
| | Reuniones con profesionales del Servicio | Trimestral |
| | Reuniones del Equipo infantil | Semanal |
| | Reuniones del Equipo de CSM de Retiro | Quincenal |
| | Reuniones del Equipo de CSM de Moratalaz | Quincenal |
| | Reuniones de los distintos programas (AMI-TEA, PIENSA, ATraPA, Neuropsiquiatría, etc.) | Semanal o quincenal |
| | Reuniones con el equipo de Salud Mental infanto-juvenil del Área | Quincenal |
| | Reuniones con el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor | Cada dos meses |
| | Reuniones Unidad Docente Multiprofesional | Mensual |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | Resultados de objetivos anuales del programa de gestión Resultados clave (criterio 3) Encuestas de satisfacción de usuarios Sugerencias y reclamaciones de usuarios Encuestas de satisfacción de profesionales Encuestas de satisfacción de servicios que derivan pacientes Encuestas de satisfacción a alumnos de medicina Encuestas de satisfacción a residentes de psiquiatría, psicología, enfermería Autoevaluación EFQM | |

Los líderes son el canal de trasmisión desde la Dirección a los empleados, tanto de los valores, como de las orientaciones estratégicas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico (que se detallará en el criterio 2). Son los responsables de imbuir el espíritu de equipo, propugnar las buenas prácticas y alimentar la disciplina del seguimiento de resultados, la gestión en innovación y mejora continua de los procesos, actividades, herramientas y prácticas, además de promocionar el mecenazgo y conseguir recursos externos. Para favorecer este sistema de trabajo, los líderes promueven la creación y funcionamiento de grupos de trabajo multidisciplinares de trabajadores del Servicio que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del Servicio y del hospital. Estos grupos se detallan en la tabla 1.1.b.

Para los trabajadores que se incorporan al Servicio y para los estudiantes y residentes, se ha definido un *sistema de orientación* por el que uno de los psiquiatras les explica las normas de funcionamiento, los objetivos del Servicio, qué se espera de ellos, etc. Todo se explica en el *Documento de acogida* que se entrega al inicio de la rotación y que está en la página web. Además, en el caso del personal de

enfermería, el equipo de enfermería muestra los protocolos de actividades por turnos y días y la normativa de funcionamiento interno.

Tabla 1.1.b PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE TRABAJO INTERNOS Y EXTERNOS

| | |
|---|--|
| <p>Grupos de evaluación o de mejora de la calidad y de los procesos (formados por personal voluntario)</p> | <p>Operativos de forma continua: <i>Satisfacción, Seguridad, Procesos, Formación, Resultados, Relaciones Externas, Investigación, Protocolos, Página web</i></p> <p>Grupos que surgen en relación a temas concretos: <i>Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Servicio, Coordinación externa, mejora del protocolo de contención mecánica, protocolo de atención a menores hijos de padres separados, protocolo de continuidad asistencial de niños/adolescentes, protocolo de TEC, protocolo de atención a niños en tratamiento con antipsicóticos durante ingreso psiquiátrico, elaboración de Guía de primeros episodios psicóticos, elaboración de guía de TOC, uso de la terraza, uso de la habitación de reflexión, grupos terapéuticos, etc.</i></p> |
| <p>Grupos de trabajo multidisciplinares de trabajadores del Servicio que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del Hospital</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Comisión de investigación - Comisión de biblioteca - Comisión de farmacia - Comisión de docencia - Tutora de residentes de psiquiatría y psicología - Comisión de protocolos - Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) - Patronato de la Fundación de Investigación del Hospital - Consejo Rector del Instituto de Investigación del Hospital - Coordinación del área de neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón - Grupo de trabajo de la Intranet del HGUGM - Grupo de evaluación EFQM del Hospital - Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Hospital - Grupos de trabajo para la acreditación del hospital por la Joint Commission - Órganos de asesoramiento a la Dirección como Juntas Técnico Asistenciales y del Servicio |
| <p>Grupos de trabajo de participación externa</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de gestión y foros de discusión para obtener información de nuevas corrientes en salud mental - Grupos de trabajo para la creación del Plan de Salud Mental y el Plan de Atención Social a la Infancia - Grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento Farmacológico de la CM y del Ministerio de Sanidad. - Grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento a nivel europeo - Grupos de trabajo para el desarrollo de ensayos clínicos a nivel europeo |

1.1.3 Coherencia en la actuación de directivos con los valores de la organización

La apuesta por la excelencia fue una orientación estratégica muy clara promovida por los líderes. En el año 2003, tras dos años de funcionamiento, el Jefe de Servicio se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación con el Modelo EFQM. La implicación del liderazgo en el proyecto es total, siendo el Jefe de Servicio el impulsor y director del proyecto. Con la aplicación del Modelo EFQM, el Servicio se convirtió en pionero dentro del Hospital en la utilización de esta metodología y en una de las primeras experiencias a nivel nacional de aplicación del Modelo en Salud Mental a nivel de una unidad de hospitalización. Fruto de esto, el Servicio cuenta con un histórico muy significativo de mejoras e innovaciones, que se sintetizan a lo largo de la memoria. Asimismo, esta experiencia en el camino hacia la excelencia se ha transmitido a través de publicaciones en revistas nacionales e internacionales y presentado en congresos, habiéndose recibido los más importantes galardones de calidad asistencial.

El liderazgo a través del ejemplo es algo que parte de los líderes, como se aprecia en su implicación activa tanto interna como externa. Este liderazgo en valores se hace extensivo a todo el personal del Servicio. La asunción de los valores en la actuación diaria es fundamental en el servicio que se presta a los pacientes y familiares y en las relaciones de colaboración con otras organizaciones del sector.

Los líderes deben pactar anualmente con la Dirección del HGUGM los objetivos establecidos para el SEPNA y poner en práctica las medidas encaminadas a lograrlos. Para cada uno de los objetivos se establecen también los indicadores que evaluarán su grado de consecución. El cumplimiento o no de estos objetivos establecidos (ver criterio 3) sirve a la vez como método de revisión de la actuación. Con el cambio de Gerencia del HGUGM en 2015 se reactivó la firma de los Pactos de Objetivos, actualizándose los mismos desde 2016 de manera anual. La transmisión de la información sobre los objetivos y resultados a alcanzar en cada periodo es crucial para el correcto desempeño de las responsabilidades y las funciones de cada trabajador e imprescindible para la motivación y el buen funcionamiento del Servicio. Dicho conjunto de resultados abarca todos los aspectos del SEPNA, muy fundamentalmente los que inciden en los servicios que presta, y establecen las prioridades de actuación y los responsables. Su seguimiento y actualización de prioridades es continuo a través de los mecanismos de dirección y gestión explicados en el apartado anterior. Los resultados a alcanzar están definidos en los objetivos anuales del Plan Estratégico y las Cartas de Servicios y se monitorizan mediante los informes de seguimiento anuales de los mismos.

La eficacia del modelo de liderazgo establecido en el SEPNA y de cada líder se evalúa a través de diversos mecanismos y en varias vertientes fundamentales: la actitudinal y de comportamiento como reflejo de los valores, la orientación al equipo humano (habilidad para hacer equipo) y la capacidad de gestionar y alcanzar los objetivos establecidos, así como su aportación a la identificación, desarrollo e implantación de mejoras e innovación. Los principales mecanismos de evaluación y revisión de cómo se vive y mejora la

cultura de excelencia son: 1) las reuniones de gestión (tabla 1.1.a), que mantienen la comunicación constante y fluida a todos los niveles y que sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión del SEPNA; 2) los resultados de las encuestas de satisfacción, tanto de trabajadores como de clientes y; 3) los resultados que manifiestan el grado en que se cumple la misión del Servicio a través de sus estrategias y procesos clave. A esto añadimos las experiencias de intercambio con otras Organizaciones, las experiencias de los grupos de mejora y las Autoevaluaciones EFQM. Tras la autoevaluación de 2015, se ha incluido como área de mejora la adopción de un sistema de evaluación del liderazgo, tanto para Psiquiatría como para Enfermería (Plan Estratégico 2016-2019). La Coordinadora de Calidad del Servicio ha acudido en 2017 a un curso de formación en evaluación del personal organizado por la Gerencia del hospital en colaboración con el SERMAS, tras el que se está desarrollando ahora el sistema de evaluación de las personas, incluyendo a los líderes, que se pondrá en marcha en 2018.

Desde 2012, los líderes junto con el Grupo de Procesos de SEPNA elaboran el Plan Estratégico del Servicio (con periodicidad de 4 años), en el que se integran los resultados estratégicos. Este Plan Estratégico ha sido revisado por todos los trabajadores del Servicio, que han tenido la oportunidad de incluir mejoras, y está disponible en la Intranet del hospital para su consulta. Cada uno de los objetivos derivados de este Plan tiene uno o varios responsables directos que son los encargados de reportar el estado de los mismos en las reuniones específicas del grupo de Procesos (cada 2 meses) y en las reuniones generales de gestión (cada 3 meses). Con el fin de mejorar el sistema de coordinación y lograr mejores resultados, tras evaluar los resultados de las encuestas de satisfacción de nuestros clientes y como respuesta a las necesidades detectadas en las 2 últimas autoevaluaciones EFQM relativas a mejorar la coordinación, en 2014 se elaboró un Protocolo de Coordinación (disponible en el Mapa de Procesos del Servicio) en el que se recogen los distintos aspectos relacionados con la coordinación con dispositivos intra y extra-hospitalarios para el conocimiento de los nuevos profesionales y homogeneizar la práctica clínica en este sentido. Este protocolo se revisó en 2016, evidenciándose el poco desarrollo de la coordinación con Atención Primaria. Alineándonos con uno de los Objetivos del Servicio pactados con la Dirección para 2016, en 2016 se han llevado a cabo 3 reuniones con los Equipos de Atención Primaria (EAP) de referencia para iniciar el trabajo en Coordinación. En 2017 se ha creado un grupo de trabajo para actualizar el Protocolo de Coordinación ampliando el apartado de Coordinación con los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Las capacidades subyacentes del Servicio residen en las habilidades y competencias de sus líderes y de su personal, lo que resulta en una orientación a las buenas prácticas e innovación y a una excelencia en sus servicios. Las competencias se sostienen mediante la promoción de la formación de líderes y de trabajadores.

La implicación del liderazgo en el proyecto es total, siendo el Jefe de Servicio el impulsor y director de todo el proyecto. Ante la necesidad de apoyo conceptual y metodológico en materias de evaluación y mejora de la calidad, el responsable buscó la ayuda de un experto en calidad externo al Servicio y el apoyo de la Unidad de Calidad del Hospital, sin por ello dejar de participar activamente en el proceso: durante las autoevaluaciones formando parte del equipo evaluador y posteriormente siendo miembro de 2 de los grupos de mejora derivados de la autoevaluación, el de mejora de los procesos y el de coordinación externa. Los responsables del Servicio han recibido formación en Modelo EFQM, gestión de RRHH, gestión de procesos, gestión clínica, etc. y promueven activamente la formación de los trabajadores. El Jefe de Servicio participa de forma periódica en la impartición del curso de EFQM que organiza la Dirección General de Calidad de los Servicios de la Consejería de Presidencia. De hecho, el SEPNA se usa como ejemplo de buenas prácticas en los cursos de EFQM que imparte dicha Dirección General. En las reuniones trimestrales de gestión (tabla 1.1.a) y en las autoevaluaciones se identifican áreas de formación no cubiertas y se financian con fondos propios para todos los profesionales del Servicio. Tras la última autoevaluación se identificaron necesidades de formación, entre otros temas, en reanimación cardiopulmonar, características de la adolescencia o mindfulness, que se han incorporado como objetivos al Plan Estratégico 2016-2019.

El papel de los líderes se orienta a muy diversos aspectos entre los que se incluye el equipo humano del Servicio, que contempla las vertientes de comunicación, delegación de responsabilidades, trabajo en equipo, gestión interna, responsabilidad, reparto equitativo de cargas, consecución de objetivos y gestión del cambio. El liderazgo en valores, ética y comportamiento es asumido por todo el personal como característica propia de la actuación diaria y fundamental en el servicio que se presta a los pacientes y familiares, así como en las relaciones de colaboración con otras organizaciones del sector. Los niveles de satisfacción de los clientes y la opinión de los trabajadores ponen de manifiesto un alto nivel de sensibilidad y profesionalidad de los empleados del SEPNA.

La gestión del Servicio se fundamenta en un liderazgo compartido y en un sistema de dirección, gestión y seguimiento fundamentado en el trabajo conjunto y el análisis de indicadores y resultados clave para la toma de decisiones a los niveles necesarios, revisados en las reuniones de los grupos de calidad (mínimo cada 2 meses) y las reuniones generales de gestión (cada 3 meses). Este sistema de trabajo proporciona las herramientas para mejorar la gestión de todos los procesos y responder a la estrategia del Servicio centrada en la excelencia. Se promueve la participación activa en la mejora del sistema, que se complementa con la identificación de oportunidades de mejora y el trabajo en grupos, en los que participan activamente los líderes. Algunos ejemplos de este aspecto son: 1) la participación en los grupos de gestión es voluntaria, estando compuestos por profesionales de distintas cualificaciones y profesiones; 2) los protocolos del Servicio se elaboran por grupos de voluntarios, discutiéndose luego en las reuniones trimestrales e incluyéndose en el documento final las mejoras y sugerencias de todo el personal (hasta ahora nunca han faltado voluntarios para hacer estos trabajos, lo que consideramos una muestra de la implicación del personal); 3) en las reuniones trimestrales de gestión se lee siempre el acta anterior para asegurarse que hay un debido seguimiento de todos los objetivos marcados en la reunión previa.

La equidad de cargas de trabajo es un elemento fundamental para la buena relación entre profesionales y es un importante aspecto ético. El Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería hacen un reparto equitativo de casos y entre trabajadores en las profesiones. Esto se comprueba en la reunión trimestral de gestión.

1.1.4 Utilización de canales de comunicación bidireccionales y relación con grupos de interés

El SEPNA ha contribuido y contribuye constantemente al estudio de las nuevas tendencias, prevalencias y riesgos del sector, información que utiliza para formular sus estrategias. Una parte fundamental de la información proviene de sus grupos de interés. Los grupos de interés están identificados, incluyendo los externos al Servicio (tabla 1.1.c). El Servicio mantiene y mejora una serie de mecanismos sistemáticos de contacto y captación de sus necesidades y expectativas, así como los procesos, prácticas e iniciativas orientadas a dar respuesta y anticiparse a las mismas. Tanto los mecanismos de contacto como los procesos cuentan con conjuntos de indicadores y mediciones cuyos resultados ponen de manifiesto el nivel de excelencia y el grado con que se responde, siendo éstos los elementos clave de evaluación, mejora e innovación. Por ejemplo: en las Cartas de Servicios del Servicio y del Programa AMITEA se incluye el número de contactos anuales con grupos de interés como un indicador de calidad; en el Plan Estratégico 2016-2019, Líneas Estratégicas (LE) 5 y 8, se incluye la elaboración de proyectos conjuntos con grupos de interés como un indicador de calidad. Desde el liderazgo, se impulsa la identificación de oportunidades de establecer alianzas, en una variedad de aspectos de acuerdo con la misión del Servicio.

Muchos profesionales del Servicio ocupan cargos relevantes en sociedades científicas nacionales e internacionales, redes europeas, comisiones, consejos y agencias en materia de salud mental del niño y del adolescente y materias asociadas al sector, lo que favorece el establecimiento de alianzas.

La gestión y resultados del Servicio es transparente hacia sus grupos de interés clave en todos los aspectos: 1) la comunicación con los pacientes y con los familiares genera la necesaria confianza que necesitan para contribuir por su parte a la eficacia de los mismos; 2) la interacción y participación en los procesos de apoyo del Hospital, incluyendo los económicos, y el cumplimiento de los Objetivos y el Contrato programa son la base de la confianza institucional; 3) la participación y aportaciones externas son bien reconocidas; 4) la información clave sobre sus estrategias (Plan Estratégico 2016-2019), servicios, programas, cartas de servicios y resultados es pública.

Se asegura un tratamiento basado en la evidencia a través de la implantación de guías y protocolos de actuación. Los protocolos consensuados son evaluados por el Comité de Ética Asistencial del Hospital. El ingreso de todos los pacientes, al ser menores, es comunicado al juez. Se asegura una equidad en la carga de trabajo entre los profesionales. Todos los proyectos de investigación son evaluados por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital. Los que involucran medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Se implementan medidas para asegurar que todas las acciones se lleven a cabo en línea con los procesos, protocolos y guías establecidos, lo que se monitoriza en reuniones semanales (tabla 1.1.a) en las que se revisan estos temas y se comprueba su ejecución. También se coordinan y lideran guías clínicas y farmacológicas internacionales por profesionales del Servicio.

El Servicio promueve una cultura participativa, de transparencia y confianza de los clientes, y otros GI externos. Además asume los ideales de protección de valores sociales y medio ambiente y la promoción de la salud mediante acciones como:

- 1) Favorecer el reciclado de papel, pilas y envases colocando contenedores al efecto en sus dependencias.
- 2) Prohibir fumar en el Servicio desde sus inicios, cuando aún la ley no lo contemplaba.
- 3) Pactar con la Dirección Médica medidas como la promoción de higiene de manos.
- 4) Colaborar con asociaciones de familiares y de pacientes, como AMAFE, en el desarrollo de proyectos de ayuda a la vuelta a los estudios de chicos con primeros episodios psicóticos.

1.1.5. Facilitación de recursos para consecución de objetivos, apoyo a iniciativas de mejora y reconocimiento de logros

Desde el Servicio se favorecen tanto la creatividad y el espíritu emprendedor como la asunción de responsabilidades y autonomía por parte de los profesionales que lo integran. Todo el personal sabe que la diferenciación, imagen y prestigio del Servicio dependen del nivel de excelencia de sus servicios, que a su vez depende fundamentalmente de los conocimientos, capacidades, prácticas y comportamientos de sus líderes y profesionales. Por esta razón, el desarrollo continuo en función de nuevas oportunidades y necesidades atañe a todos y la formación continua relacionada con el desempeño y en materia de gestión es un elemento clave.

Al estar definidas las competencias de los trabajadores, las necesidades de formación se establecen en base a ellas. Los trabajadores del Servicio, como trabajadores de la Red Sanitaria Única de la CM, tienen acceso a la formación ofrecida por la Consejería de Sanidad de la CM. Además, el Hospital tiene un área de Formación clínica que recibe propuestas de actividades de formación de los profesionales. Como la calidad asistencial está directamente relacionada con la competencia del equipo asistencial, una línea clave de actuación desde la creación del Servicio ha sido la promoción de la formación continuada especializada de su personal, tanto facilitando la asistencia a formación externa y congresos, como desarrollando actividades de formación propias. En este sentido, dentro del Servicio, el Grupo de formación canaliza las necesidades de formación percibidas por parte de las personas del SEPNA. Para responder a las mismas, el Servicio ha propuesto y financiado con fondos propios varios cursos sobre *desactivación verbal*, *defensa personal*, *risoterapia*, *atención plena* y *discusión de casos clínicos entre otros*. Para asegurar la equidad en el acceso a formación de todos los profesionales, los días de formación al año son iguales para todos los trabajadores del Servicio. El Servicio favorece cualquier iniciativa de los trabajadores dirigida a incrementar su formación, incluyendo estancias en otros centros nacionales o internacionales de prestigio. Las actividades de formación continuada más relevantes se detallan a continuación (ver tabla 1.1.d).

| Tabla 1.1.c GRUPOS DE INTERÉS (GI) | | DESCRIPCIÓN O SEGMENTACIÓN | CANALES DE INFORMACIÓN/RELACION | |
|---|---|--|---|---|
| | | | Fuente/Actividad | Periodicidad |
| CLIENTES | Pacientes | Enfermos ingresados en la UADO, tratados en sus consultas externas y atendidos en la interconsulta | Encuesta de satisfacción de aplicación continua | Continua |
| | | | Continua Sugerencias y reclamaciones | Cuando proceda |
| | | | Comunicación directa durante la atención | Continua |
| | | | Reuniones con asociaciones de pacientes | Cuando proceda |
| | Familiares | Al tratarse de pacientes menores de edad, entendemos que sus familiares o tutores legales son también nuestros clientes directos | Encuestas de satisfacción a familiares o tutores legales | Continua |
| | | | Gestión de las sugerencias recibidas a través del SAP del hospital | Cuando proceda |
| | | | Grupo terapéutico de padres | Semanal |
| | | | Reuniones de los responsables del paciente con familiares | Periódicas |
| | | | Contacto telefónico con los padres de pacientes ingresados | Diario |
| | | | Contacto diario con los padres al finalizar las visitas. El personal de enfermería recoge toda la información y registra las preocupaciones | Diario |
| PERSONAL | Trabajadores, independientemente del tipo de contrato. Excluimos estudiantes y rotantes, debido a la brevedad de su estancia en el Servicio. | Reuniones de gestión | Trimestrales | |
| | | Trimestrales Reuniones informales | Cuando proceda | |
| | | Cuando proceda Encuesta de satisfacción | Bienal | |
| | | Bienal Quejas y sugerencias | Trimestral | |
| ALIADOS | Servicios sanitarios, servicios sociales, servicios educativos, fundaciones, ONG's, judiciales y todas aquellas organizaciones sin ánimo de lucro y con iniciativa social que tengan que ver con niños y adolescentes | Contacto directo con responsables de pacientes en salud mental ambulatoria | Cuando proceda | |
| | | Encuesta de satisfacción de los Psiquiatras de CSM | Bienal | |
| | | Reuniones de coordinación con el Área de salud | Mensual | |
| | | Sesión clínica con profesionales del área | Quincenal | |
| | | Reuniones con escuelas, Equipos de orientación Psicopedagógica generales y específicos (como el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo) y Centros de Atención a la Infancia | Cuando proceda | |
| | | Conversaciones y reuniones con el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor y la Dirección General de la Mujer de manera continuada | Cuando proceda | |
| | | Visitas puntuales a Recursos Intermedios de Salud Mental | Cuando proceda | |
| | | Relaciones profesionales en la prestación de servicios | Continuo | |
| | | Participación en programas, en servicios, en investigación, etc. | Continuo | |
| | | OTROS G.I | Organizaciones o asociaciones con quienes colaboramos, que se pueden beneficiar de nuestra actividad, pero que no trabajan en la provisión de servicios a nuestros clientes | Reuniones con otros Servicios de psiquiatría del niño y adolescente |
| Reuniones periódicas con asociaciones de familiares y pacientes | | | | |
| Recepción constante de rotantes y estudiantes de otros centros nacionales e internacionales | | | | |
| Intercambio de información con otros Servicios de psiquiatría del niño y adolescente | | | | |
| Contactos en congresos y reuniones científicas | | | | |
| Alumnos de Medicina (programa Docencia de la Oficina de Calidad para la evaluación docente del profesorado) | | | | |
| Programa Docencia: evaluación docente del profesorado | Anual | | | |
| ESTUDIANTES | | Programa Docencia: evaluación docente del profesorado | Anual | |
| UNIVERSIDAD | | Acuerdos para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones | Cuando proceda | |
| INVESTIGACIÓN | | Reuniones de coordinación y seguimiento de proyectos | 2 x semana | |

DESCRIPCIONES Y COMENTARIOS (ALIADOS Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS)

Servicios sanitarios: Servicios del Hospital que derivan pacientes o solicitan interconsultas (en especial Servicios del Hospital Materno-Infantil), los Centros de Salud Mental (CSM) de fuera del Área 1 (Programa Asistencial Infanto-Juvenil), Unidad de media estancia para adolescentes, Hospitales de Día infanto-juveniles y Centros de Salud (profesionales de Atención Primaria y Pediatría).

Servicios educativos: Centros de Educación normalizada, Centros de Integración, Centros de Educación Especial y Programas de Garantía Social y Programa de Adaptación a la vida adulta. Centros educativos terapéuticos.

Recursos sociales: Programas de atención a menores y familia, centros de atención a la infancia (CAI), Equipos de trabajo con menores y familia (ETMF), Instituto Madrileño de la Familia y el Menor (IMFM) en el caso de menores con medidas de protección (tutela o guarda), Dirección General de la Mujer para los menores del programa Atiende infantil y que son hijos de mujeres víctimas de violencia de género y otros recursos de ámbito público o privado que puedan ser utilizados para una mejor atención de las necesidades del menor y sus familias.

Fundaciones privadas: Save the Children (trabajo en la UADO promoviendo la salud mental a través del arte y financiación para remodelar la UADO), Fundación Alicia Koplowitz (contrata a psiquiatras que tras 2 años de formación en el extranjero se incorporan al Servicio 6 meses, ha financiado el libro blanco de la especialidad y la Cátedra de psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad Complutense dirigida por el Jefe de Servicio), Fundación Esther Koplowitz que ha financiado la terraza de la UADO, Fundación curarte que ha financiado la decoración y mobiliario de la UADO, Fundación Orange que ha financiado diversos programas en AMI-TEA. **Fondos para investigación de Fundaciones privadas:** NARSAD y Stanley (EEUU), *Mutua Madrileña*, *Caja Navarra*, *Fundación Areces*, *Fundación Marcelino Botín*, *Fundación ASOMEGA*, *Fundación CURARTE*, *Fundación de Psiquiatría y Salud Mental*, *Sociedad de Pediatría Madrileña*/ *Fundación Amigos de los Museos*, *Fundación Abracadabra*, *Fundación Nfoque*, *Fundación Música en vena*, *Fundación Autismo Madrid*, *Fundación Ángel Riviére*, *Fundación O'Belén*, *Asociación Elisabeth D'Ornano*, *Fundación para la Investigación Biomédica Hospital General Universitario Gregorio Marañón*, etc.

Otros Grupos de Interés: Sociedades científicas, sociedad en general, universidades y unidades de hospitalización para niños y adolescentes de otros hospitales generales. Diversos Ministerios (Sanidad y Consumo, Ciencia e Innovación, Economía y Competitividad) que han financiado con más de 10 millones de euros distintos proyectos y redes de investigación liderados y coordinados por el Servicio. Comisión Europea que ha financiado con más de 5 millones de Euros en estos últimos 10 años diversos proyectos de investigación.

| Tabla 1.1.d PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA | | | |
|--|---|--|----------------|
| | Actividad | Asistentes | Periodicidad |
| Sesiones | Sesiones de casos infantiles y juveniles acreditadas | Especialistas en salud mental (SM) del Hospital materno-infantil, Unidad de Adolescentes y Centros de SM adscritos | Quincenal |
| | Sesiones clínicas del Departamento de Psiquiatría | Personal del Departamento de Psiquiatría, incluyendo personal de Servicio de Adolescentes | Semanal |
| | Sesiones bibliográficas acreditadas | Psiquiatras, residentes, investigadores y rotantes del hospital y del área. | Quincenal |
| | Sesiones clínicas con neuropediatría | Personal del Servicio y profesionales de los Centros de Salud Mental adscritos al Hospital | Semanal |
| | Sesiones clínicas de enfermería | Personal de enfermería del Hospital, incluyendo al de este Servicio | Trimestral |
| | Supervisiones Programa PIENSA | Psicólogos, psiquiatras, residentes, investigadores y rotantes del Servicio. | Semanal |
| | Supervisiones Programa ATraPA | Psiquiatras, psicólogos, residentes, investigadores y rotantes del Servicio. | Semanal |
| Cursos de formación | Curso de orientación a las funciones del Servicio | Personal de nueva incorporación | Cuando proceda |
| | Curso de patología psiquiátrica infanto-juvenil | Ofertado gratuitamente a trabajadores del Servicio y de otros centros de la Comunidad. | Anual |
| | Cursos de genética y psiquiatría | Ofertado gratuitamente a residentes y trabajadores del Servicio | Anual |
| | Cursos sobre temas necesarios en el Servicio | Personal del Servicio | Cuando proceda |
| | Cursos específicos relacionados con el cumplimiento directo de sus funciones, (p.e. contención física y de desactivación verbal) | Personal del Servicio. Estos cursos se han repetido para el personal de nueva incorporación a la Unidad de Hospitalización del Servicio. | Cuando proceda |
| | Cursos en nuevos programas asistenciales para el personal asistencial implicado. Ejemplos: - Programa AMI-TEA: formación en técnicas e instrumentos específicos de diagnóstico (ADOS, ADI-R), con acreditación de los profesionales. La psiquiatra responsable del programa y otra de las psiquiatras del Servicio son las únicas acreditadas en España por la Universidad de Cornell y UCSF como formadoras en ADOS. - Programa ATraPA: cursos de formación en técnicas específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT). | | Cuando proceda |
| | Cursos de formación en los que participan como ponentes personalidades nacionales e internacionales de gran relevancia en esta especialidad. | | Cuando proceda |
| Rotaciones y estancias fuera del Servicio | Los residentes del hospital pueden elegir realizar el periodo de rotación libre que estipula el plan de formación de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, en estas instituciones. Desde el año 2002 han realizado rotaciones en estos centros aproximadamente 30 profesionales del Departamento, colaborando en investigación y publicaciones | | |
| | En el curso 2014-2015, dos psiquiatras del Servicio realizaron una estancia de 10 meses en la Universidad de California San Francisco (UCSF) para incrementar el conocimiento sobre los trastornos psicóticos y autismo a nivel clínico y de investigación (promovidas por la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital, UCM e Instituto de Salud Carlos III) | | |
| Congresos | Congresos de la especialidad | Personal asistencial de distintas profesiones, principalmente si hacen presentaciones | Cuando proceda |

La gestión del talento entre los empleados del SEPNA se promueve por sus líderes y se lleva a cabo mediante acciones como las siguientes:

- 1) Reconocimiento de los resultados obtenidos por los profesionales.
- 2) Fomento de la promoción laboral.
- 3) Modelo retributivo equitativo.
- 4) Financiación de la formación y la participación en investigación, congresos, grupos externos, etc. como una herramienta de reconocimiento del desempeño.
- 5) Desarrollo y liderazgo por parte de profesionales del Servicio de diferentes programas clínicos específicos (AMI-TEA, ATraPA, PIENSA o Genética y Salud Mental, entre otros) y de los múltiples proyectos de investigación traslacional y biotecnología que se llevan a cabo en el Servicio (www.ua.hggm.es).
- 6) El personal de enfermería también ha diseñado y puesto en marcha actividades como grupos de Mindfulness o de prevención de autolesiones para pacientes por parte de enfermería, y ha participado en formación e impartiendo cursos sobre trastornos de conducta alimentaria (TCA) o contención mecánica.
- 7) Los clínicos participan en formación a alumnos y residentes, asisten y presentan ponencias en congresos de la especialidad (AEPNYA, ESCAP, etc.), o han participado en la elaboración del Plan de Salud Mental, el Plan de Atención Social a la Infancia, múltiples Guías de Tratamiento de la CM y del Ministerio de Sanidad, o publicaciones derivadas de los proyectos de investigación que se desarrollan en el Servicio, entre otros. Además, los profesionales del Servicio están presentes en puestos de relevancia de sociedades científicas europeas y mundiales (ECNP, SIRS, ESCAP), en agencias europeas (EMA), órganos asesores de la Comisión europea (EBC), consejos editoriales de las más prestigiosas revistas internacionales (más de 15), guías clínicas y paneles de expertos de recomendaciones internacionales.

El inicio de nuevas tareas asistenciales también ha ido acompañado de formación específica. Entre los logros recientes destaca la formación para desarrollar competencias profesionales para implementar nuevos programas, por ejemplo: *7 profesionales acreditados en técnicas e instrumentos de diagnóstico de autismo (ADOS, ADI-R) para implantar el programa AMI-TEA, formación en técnicas*

específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT) para implementar el programa para menores con problemas de personalidad (ATraPA). Esto a su vez supone posibilidades de promoción. Algunos profesionales del Servicio han sido coordinadores de varios cursos y los han impartido. Han participado además en múltiples cursos oficiales y de doctorado (ver resultados). Se imparte la asignatura de psiquiatría infantil en el único Máster existente a nivel nacional de Investigación en Salud Mental.

En el sistema público sanitario actual, el reconocimiento económico a los trabajadores por el buen desempeño está limitado por normativa. Dentro de las políticas de personal reguladas por la legislación laboral, las propias del Hospital, y el Convenio Colectivo, el Servicio ofrece a sus empleados un buen entorno profesional, capacidad para participar y oportunidades para el aprendizaje y desarrollo profesional. Se procura mantener unas condiciones de trabajo idóneas en las que se facilitan en función de las necesidades individuales los descansos, el reparto de días libres, los turnos de vacaciones, las libranzas de guardia, etc. También se facilita que se cumpla la ley en relación a la baja maternal, que puede disfrutarse desde la semana 37 de embarazo y complementarse con el permiso de lactancia. Desde los líderes del Servicio se asegura el cumplimiento de la normativa que contempla, entre otras, las siguientes políticas: *igualdad de oportunidades y no discriminación, imparcialidad (métodos objetivos de valoración) y confidencialidad*. La presencia de la mujer es evidente en la plantilla y los órganos de dirección. El porcentaje de mujeres entre trabajadores del SEPNA y en órganos de dirección es superior al 50%.

Además, en el Plan Estratégico 2016-2019 hay una serie de acciones dentro de distintas líneas estratégicas (LE) orientadas a mejorar la satisfacción laboral y la seguridad (LE 5) y la formación para la mejora del desempeño (LE 6) que, conjuntamente con las anteriores, contribuyen a la retención de los profesionales del Servicio. La satisfacción con las mismas se evalúa de manera bianual mediante las encuestas de satisfacción del personal (ver criterio 3).

Se han diseñado e implantado sistemas de trabajo que promueven el aprendizaje en el puesto de trabajo. Algunos ejemplos son:

- 1) Sistemas rotatorios de equipos de médico – profesional de enfermería.
- 2) Participación del personal de enfermería en las entrevistas clínicas de los psiquiatras. Si el caso lo requiere participa también la trabajadora social.
- 3) Visitas periódicas del personal a centros asistenciales relacionados con la Salud Mental infanto-juvenil tanto de Madrid como de distintas Comunidades Autónomas.
- 4) Relaciones estables con otros Servicios y Departamentos de psiquiatría internacionales con las que se intercambian sistemas de trabajo y a las que pueden asistir los residentes como parte de su formación.

La seguridad se identificó como una preocupación para los trabajadores del Servicio, especialmente en un medio como la hospitalización psiquiátrica, con riesgos de agresiones y accidentes laborales. Por esta razón hay objetivos del PE y un grupo de mejora centrados en mejorar la seguridad. Las acciones relativas a la mejora de la seguridad en la UADO incluyen por una parte características de las infraestructuras, mobiliario y sistemas asociados y por otra normas básicas de seguridad en todas las actuaciones que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes.

Otras medidas en prevención de riesgos son que el personal investigador contratado a través del CIBERSAM ha completado el curso “28-40-2015-0098 Seguridad y salud en oficinas” de 4 horas a través de la plataforma acreditada <http://www.centrolearning.com/premap>. Los contenidos del curso abordan temas de ergonomía, manejo de estrés y factores asociados a la carga y relaciones laborales, uso de procedimientos de emergencia, reanimación y procedimientos legales respecto a la salud en el trabajo. Por otro lado, el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón oferta a los miembros del grupo la realización del curso de similares características “Prevención de riesgos laborales en actividades sanitarias” a través de la plataforma <http://www.mc-prevencion.com/formacion/oferta-formativa/>.

A pesar de las restricciones presupuestarias y la regulación existente se han implantado medidas innovadoras y creativas en la contratación de nuevos profesionales, su desarrollo y reconocimiento. En aquellos puestos que dependen directamente de la Jefatura de Servicio (ej. Coordinador de investigación) se aplican criterios de competitividad para la consecución de los mismos. En los últimos 5 años se ha conseguido promocionar a Profesores Asociados a 5 nuevos profesionales del Servicio.

Además, como mecanismos que mejoran la motivación en el trabajo, y ante la imposibilidad de mejorar la remuneración al depender ésta de la administración pública, el Servicio ha implementado una política de reconocimiento para reconocer el esfuerzo y logros obtenidos por los trabajadores mediante sistemas concretos tales como:

- 1) Transmisión de felicitaciones: Las cartas de felicitación y agradecimiento que recibe el Servicio de pacientes o familiares atendidos, de estudiantes que rotan en la misma, de profesionales u organizaciones que han recibido información o ayuda, etc., son transmitidas por los líderes al profesional responsable o, en su caso, a todo el Servicio. Además, se ponen en un lugar visible para que sean conocidas por todos los trabajadores.
- 2) Se hace también mención a las mismas en las reuniones trimestrales, reuniones diarias, servidor de lista del Servicio, etc.
- 3) Los logros obtenidos por los trabajadores se comunican a la dirección del Hospital, que trasmite a su vez el reconocimiento a los trabajadores. Se comunican también al resto de los trabajadores mediante el servidor de correo común.
- 4) Los distintos premios obtenidos se difunden en la web del Servicio y en la intranet del Hospital. En muchas ocasiones se reflejan además en el periódico de Salud Madrid y en otros medios de prensa.
- 5) Se promueve la realización de visitas a otros centros por parte de personas de las distintas profesiones dentro del servicio
- 6) Se promueve la formación adaptada a las necesidades expresadas por parte del personal.
- 7) El Jefe de Servicio convoca e invita a una cena anual a los trabajadores presentes y pasados del Servicio
- 8) Se promueven actividades de ocio compartido: comidas, amigo invisible, etc...

Para contar con la opinión de los profesionales sobre procesos y políticas de personal y obtener sugerencias sobre cómo adecuarlos más a las expectativas de los trabajadores, el responsable del Servicio promovió en el año 2003 la evaluación de satisfacción que se realiza de manera bianual con un mecanismo validado (encuesta *Font-Roja*), de forma anónima. Con motivo de un informe de evaluación, y para complementar aspectos que no estaban suficientemente desarrollados en la encuesta Font-Roja, en la evaluación de 2016 se ha incorporado además una *encuesta de clima laboral*. En 2006, se introdujo “*la semana de la queja*” en la que los profesionales pueden aportar quejas o sugerencias anónimas durante una semana cada trimestre, con objeto de evaluarlas y discutir áreas de mejora en la reunión trimestral.

Algunos ejemplos de reconocimiento externo obtenidos recientemente por trabajadores del Servicio incluyen:

- **Reconocimiento a la Investigación e Innovación** a la Coordinadora del Programa AMITEA otorgado por la Federación Autismo Madrid.
- **Premio de la Federación de Autismo Madrid** al gestor de casos del programa AMITEA, premio otorgado directamente por las asociaciones de familiares de estos pacientes.
- **Jefe de Servicio:** Cruz Mérito Civil en Sanidad, nombramiento de Académico de la Real Academia de Medicina de Asturias y mejor psiquiatra del país según la revista Forbes.
- **Dos psiquiatras:** Premio a investigador de excelencia de la Sociedad Española de Psiquiatría.
- **Tres psiquiatras:** Joven investigador de la Sociedad Española de Psiquiatría.
- **Dos psiquiatras:** Premio a la mejor tesis doctoral.
- **Enfermería:** Cruz de Honor de la Sanidad madrileña a un enfermero del Servicio, Premio al mejor proyecto de investigación de la Asociación Madrileña de Enfermería de Investigación (ASOMIEN) a otra enfermera del Servicio.

A pesar de que los recursos financieros son gestionados de forma centralizada por el Departamento de Gestión Económica del Hospital, el Servicio se implica activamente en la búsqueda de los recursos económicos necesarios tanto para mejorar la asistencia como para la realización de proyectos de investigación.

Para alcanzar los objetivos fijados y dar cumplimiento a su estrategia, el Servicio se caracteriza por una búsqueda de fondos públicos y privados y colaboración con entidades y Fundaciones, que han contribuido a la misión, visión, valores y estrategias del Servicio y que, en relación a la asistencia, ha permitido conseguir financiación privada o colaboración con entidades sin ánimo de lucro para mejorar las condiciones físicas de la asistencia en la Unidad de Hospitalización o editar Manuales de los distintos programas específicos del Servicio (PIENSA, ATraPA) para distribuirlos de forma gratuita entre profesionales y pacientes como forma de mejorar el trabajo terapéutico. También han permitido mejorar la implicación y participación del personal, sufragándose de esta manera actividades de ocio o la cena anual del Servicio, gratuita, a la que están invitados todos aquellos que hayan trabajado en el SEPNA en alguna ocasión.

El Servicio realiza la captación de fondos para investigación a través de convocatorias públicas competitivas nacionales e internacionales, de acuerdo con su Línea Estratégica 10, objetivo 3: *Promoción concurrencia en proyectos de investigación públicos y privados*, habiendo mantenido un nivel de excelencia en la consecución de fondos que se ha apoyado tanto en la diversificación de las fuentes de financiación como en la visión estratégica, siendo un Servicio pionero en obtener financiación de convocatorias de la Unión Europea y de entidades americanas como NARSAD o como el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH) (tabla 1.1.e).

Tabla 1.1.e FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (cifras en €)

| Proyecto | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Premio Pfizer | | 3.000 | | | | | | |
| Asoc.Madr | | 3.000 | | | | | | |
| Becas FIS y Prytos europeos | 60.749 | 63.825 | 92.000 | 27.489 | 253.218 | 151.542 | 286.154 | 4.215.965 |
| CIBERSAM | | | | | | | 3.360 | 11.422 |
| NARSAD | | | 41.694 | 20.847 | 20.847 | | | |
| Astra- Zeneca | | | 24.118 | | | | | |
| Fundación Alicia Koplowitz | | | 100.000 | 50.000 | 99.639 | | 37.500 | 37.500 |
| RETICS | | | | | 182.000 | | | |
| Comunidad de Madrid | | | 6.934 | | 21.200 | | | |
| Mutua Madrileña | | | | | 34.970 | 19.323 | 26.673 | 26.673 |
| AEMPS | | | | 40.000 | | | | |
| E.C. Janssen | | | | | 8.320 | | 10.698 | 28.698 |
| UE | | | | | | | | 273.366 |
| MSPSI | | | | | | | | 532.418 |
| Fundació Marató | | | | | | | | 49.289 |
| TOTAL | 60.749 | 69.825 | 264.746 | 138.336 | 620.194 | 170.865 | 364.385 | 5.175.331 |

| Proyecto | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------------------|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|---------|
| Becas FIS y Prytos europeos | 261.380 | 2.912.170 | 998.319 | 886.688 | 1.221.726 | 660.296 | 626.340 |
| CIBERSAM | 97.272 | 44.500 | | 17.750 | 17.750 | | 50.280 |
| NARSAD | | | | | | | |
| Astra- Zeneca | | | | | | | |
| Fundación Alicia Koplowitz | 37.475 | 87.187 | 96.044 | 134.533 | 73.234 | 33.333 | |

| RETICS | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Comunidad de Madrid | | 156.400 | | 155.250 | 155.250 | 151.780 | 233.557 |
| Mutua Madrileña | 14.700 | 11.025 | | | | | |
| AEMPS | | | | | | | |
| EGRIS | | | | | | | 22.500 |
| E.C. Janssen | 8.800 | 8.800 | | | | | |
| UE | 526.116 | | | 740,703 | | 532.158 | 313.333 |
| ACADIA Pharmaceuticals | | | | | | | 78.572 |
| Fundación Familia Alonso | | | | | | | 160.000 |
| Fundació Marató | 48.660 | 48.660 | | | | | |
| Otsuka | 17.600 | | | | | | |
| Lundbeck | | | | | | | 31.608 |
| F.Horman- La Roche | 49.847 | 76.664 | | 28,611 | | | |
| Eulast | | | | 11.256 | | 47.412 | |
| NIMH | | | | 1.515 | 10.116,46 | 7.823,87 | 8.271 |
| Fundación Orange | | | | 7.046 | | | |
| MSSSI | | | | 41.000 | 41.000 | | |
| TOTAL | 1.061.850 | 3.345.406 | 1.094.363 | 1.110.650 | 1.519.576 | 1.432.802 | 1.566.189 |

1.2.- Orientación al Cliente

1.2.1.- Identificación y segmentación de clientes, investigaciones de mercado

El Servicio diseñó un Mapa de Grupos de Interés que sintetiza los grupos de interés (GI) y los canales de información y relación (tabla 1.1.c). En función de toda la información que proviene de éstos y sus propias experiencias, se conocen las necesidades y expectativas. Otras fuentes de información provienen de los mecanismos de medición que monitorizan el grado en que se cumplen éstas. Gracias a la información proporcionada por las distintas fuentes se han modificado los programas de asistencia que oferta el Servicio, por ejemplo: Desde los líderes se fomenta una cultura que promueva la generación de nuevas ideas y la creatividad y se establecen mecanismos para que esto cristalice en cambios, innovación y mejoras en todos los aspectos clave. Algunos ejemplos son:

- TICs: www.doctortea.org, consultas de telemedicina, posibilidad de seguir al Servicio en Twitter, historia clínica electrónica, sistema mecanizado (Pixis) para dispensación de medicación.
- Pioneros en uso de nuevos sistemas de seguridad.
- Promoción de cambios en el entorno del sistema de trabajo (terraza, salidas de emergencia...).
- Creación de nuevos programas específicos tras establecer contacto con las necesidades de la sociedad y los pacientes a través de las asociaciones de pacientes y familiares,
- Creación de materiales de los programas específicos y guías para pacientes y familiares disponibles de manera gratuita a través de la web del Servicio.

El Servicio ha ido desarrollando relaciones formales e informales con distintas instituciones, organismos, asociaciones y organizaciones que enriquecen la labor asistencial, educativa y de investigación, beneficiando a pacientes, familiares y trabajadores. Su sostenibilidad se fundamenta en la cooperación, el beneficio y aportaciones mutuas y la transparencia. La tabla 1.2.a incluye algunos ejemplos de los múltiples acuerdos alcanzados.

El seguimiento y la revisión de estas alianzas se realizan a través de reuniones regladas y mediante indicadores tanto de frecuencia de reuniones como de objetivos concretos con los distintos aliados. A partir de esta información se refuerzan las alianzas. Por ejemplo, a partir de los resultados de la encuesta de satisfacción de los CSM se ha definido un protocolo de envío periódico de información a los CSM, se ha simplificado el trámite de derivación y se envía el informe de alta directamente al psiquiatra del CSM. A través de la relación con asociaciones de familiares de enfermos de personas con distintas enfermedades genéticas se ha creado el programa de Genética y Salud Mental, pionero en atención e investigación en estas patologías.

Los proveedores clave del Servicio comprenden, entre otros, los psiquiatras y profesionales de los CSM, Centros de menores y Hospitales de día, los profesionales de Atención Primaria y de Pediatría de los Centros de Salud, los proveedores de servicios como el Laboratorio de Imagen Médica del hospital y la Fundación Cien, con quien tenemos contratada la realización de resonancias magnéticas de investigación, el Laboratorio de Farmacología de la Universidad Complutense, con quien hacemos analíticas de metabolismo y de inmunidad para investigación, los proveedores de tecnología, mobiliario y consumibles, entre otros.

Los planes de inversiones en general no entran en el ámbito de acción del Servicio, salvo los casos de infraestructuras que se priorizan en función de las necesidades del servicio a los pacientes (como la realización de una salida de emergencia o la implantación de dispositivos de llamada para mejorar la seguridad), y los que se realizan recabando la obtención de fondos privados para cubrir los planes estratégicos, como por ejemplo hacer una terraza en la Unidad de Hospitalización, potenciar programas específicos y tecnologías de la información (TIC) como la web [doctortea.org](http://www.doctortea.org), adaptar espacios y mobiliario a las necesidades de los pacientes (nuevas consultas del programa AMITEA), etc.

Tabla 1.2.a

| Grupos de interés/segmentos | | RELACIONES, ACUERDOS, ALIANZAS Y SINERGIAS ESTABLECIDAS |
|---|---------------------------------|--|
| Cientes | Pacientes, Familiares o tutores | <ul style="list-style-type: none"> - Programa SEPA, en colaboración con la asociación de familiares Fundación Manantial, para proveer a pacientes con primeros episodios psicóticos pertenecientes al Área 1, independientemente de su edad, de atención y apoyo por parte de asociaciones de familiares. - Reuniones con asociaciones de pacientes y familiares. De forma periódica para evaluar sus necesidades, sugerencias de mejora y satisfacción con el Servicio. Además mediante la página Web del Servicio se recogen comentarios y solicitudes de asociaciones de familiares. |
| Aliados, partners y otros colaboradores | Servicios sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> - Colaboración con el Hospital Gregorio Marañón: Trabajadores del Servicio presiden o son vocales de las comisiones de Investigación, Docencia, Farmacia, Protocolos y Biblioteca del hospital, Comisión de Docencia del Área y de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios. - Servicios de Salud Mental de distrito: comunicación y reuniones periódicas con el área y contactos puntuales con cada uno de los profesionales responsables de los pacientes ingresados: - Atención Primaria: Los profesionales de los CSM de Moratalaz y Retiro mantienen reuniones constantes con los dispositivos de primaria. |
| | Servicios sociales | <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Madrileño de la Familia y el Menor (IMFM): contacto semanal para informar de los pacientes hospitalizados en situación de tutela. Desde la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) la coordinación con el IMFM es diaria. - Residencias, centros de acogida y Área de Coordinación de Centros. Cuando ingresan menores en situación de guarda o tutela, se contacta directamente con residencias, centros de acogida, etc. para recabar información sobre los aspectos sociales. La trabajadora social del Servicio realiza una coordinación frecuente con el Área de Coordinación de Centros para buscar alternativas y centros específicos para los menores que plantean estas necesidades. - Dirección General de la Mujer. Los profesionales del programa Atiende Infantil que atiende a menores hijos de mujeres víctimas de género se mantienen reuniones periódicas con la Dirección General de la Mujer. |
| | Servicios educativos | <ul style="list-style-type: none"> - Centros de Educación Primaria y Secundaria donde recibían educación los pacientes antes de su ingreso hospitalario. Las profesoras de la UADO se coordinan con sus Centros de referencia, solicitando información académica y el plan de trabajo programado por los docentes de dichos alumnos, que será realizado en esta Aula Hospitalaria. - Dirección de Área Territorial y con la Subdirección General de Educación Infantil y Primaria: reuniones de coordinación periódicas (3-4 reuniones/ anuales). |
| | Fundaciones y ONG's | <ul style="list-style-type: none"> - Fundación Curarte: realiza talleres en la Unidad de Hospitalización con los menores ingresados. - Fundación Abracadabra y la Sociedad Española de Pediatría. Se han puesto en marcha talleres de Magia y de Arte para los menores hospitalizados, organizados por la Fundación Abracadabra y la Sociedad Española de Pediatría y patrocinados por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. - ONG "Save the Children": actividades en la Unidad de Hospitalización a través del arte. |
| Otros grupos de interés | SSCC, sociedad, universidad | <ul style="list-style-type: none"> - Otras unidades de hospitalización: El Servicio ha establecido un acuerdo con otros dispositivos que tratan a la misma población dentro de la CM o en otras CCAA, para tratar a los pacientes que no puedan ser ingresados en estos centros por problemas de plazas. En más de 150 ocasiones se han ingresado pacientes de otras áreas por no disponer el hospital de referencia de camas. - Asociaciones que trabajan en el campo de los menores con Trastornos del Espectro Autista: Fundación Aucavi, Nuevo Horizonte, Deletrea, Aleph, Autismo España, APNA, etc. Fruto de esta estrecha colaboración nace el programa AMI-TEA, pionero en la Comunidad y a nivel nacional. - Universidades: acuerdos para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones. |

Contamos con mecanismos que permiten analizar los fenómenos internos y externos que pueden motivar la necesidad de cambios en nuestras estrategias, estructuras y modelos de gestión. Algunos son de índole interna, por ejemplo los relacionados con el desarrollo y la seguridad de los trabajadores, pero la mayor parte proviene del entorno, tales como cambios en los sectores legislativos, sociales, demográficos, económicos, ambientales, políticos y tecnológicos. Los procesos de decisión implican a los grupos de interés clave en función de su aportación, opiniones y sugerencias y en la implantación de los cambios e innovaciones desarrolladas en el Servicio. Se utilizan muchas fuentes de datos a los que se tiene acceso de manera constante: demográficos y sociales, sanitarios, nuevas técnicas de evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, psicológico y métodos de gestión que se están investigando o llevando a la práctica en otras organizaciones. En este sentido, desde el Servicio se ha promovido la realización de un estudio comparativo de la situación y el grado de desarrollo de Psiquiatría infanto-juvenil en las distintas Comunidades Autónomas de España, recogido en el *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, que agrupa este conocimiento.

Los datos sociales y demográficos nos los proporcionan periódicamente los organismos correspondientes de la CM. En base a estos

datos se toman medidas preventivas basadas en posibles escenarios futuros. Algunos ejemplos son:

- 1) Ante el aumento de inmigración se han realizado cursos de formación específica de temas relacionados, enfocados a distintas disciplinas.
- 2) Ante el aumento de enfermedades genéticas en la clínica, varios profesionales se han formado en genética clínica y dos psiquiatras realizaron en 2014 un año de formación, con financiación del Ministerio, en uno de los mejores Departamentos de Psiquiatría del mundo (UCSF, California).
- 3) Ante los datos proporcionados por la Dirección General de Farmacia sobre el incremento del uso de psicótrópos en población infanto-juvenil, hemos desarrollado en colaboración con dicha Dirección General y con el Ministerio de Sanidad guías para el buen uso de estos fármacos en menores con patologías psiquiátricas. También participan varios psiquiatras en guías clínicas y terapéuticas de sociedades científicas.
- 4) Se ha detectado una importante preocupación por aspectos legales en el desarrollo de la actividad clínica. Aspectos de prevalencia creciente como padres separados, divorciados, denuncias entre ellos y por la custodia de sus hijos, malos tratos, negligencia, etc. hacen que nos enfrentemos cada vez más a problemas legales y acusaciones de denuncia en nuestro quehacer clínico diario. Para prevenir dichas denuncias y poder responder si tienen lugar, se han protocolizado pautas de actuación a nivel de todo el Servicio (ej. mantener el tratamiento de un menor en contra de la voluntad de uno de los padres cuando se estima que la interrupción perjudica al menor). Se ha invitado en varias ocasiones a un experto nacional en la materia con el que todo el Servicio ha tenido oportunidad de discutir aspectos que les preocuparan. Con este mismo experto se han consensuado protocolos de actuación ante casos conflictivos como el previamente expuesto.

Las publicaciones científicas en revistas, libros, conferencias de congresos, cursos, etc., proporcionan información sobre las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares. Utilizamos los estudios de investigación como información de entrada al Plan Estratégico. Ejemplos de cambios en la estrategia relacionados con la investigación son:

- 1) En 2005 detectamos un incremento muy importante en la incidencia y prevalencia de trastornos del espectro autista a nivel mundial a pesar de que no se conocían los datos en nuestro país. Gracias a nuestra presencia en foros internacionales y asociaciones científicas pudimos predecir que esto sucedería también aquí y en contacto con la Federación y Asociaciones de Familiares de Autismo, priorizamos una serie de iniciativas como el programa AMI-TEA de atención médica integral a personas con trastornos del espectro del autismo.
- 2) Financiación de proyectos con fondos europeos: Al inicio de la crisis económica, que ha supuesto más de un 30 % de recortes para fondos de investigación a nivel nacional, comenzamos a priorizar los proyectos competitivos a nivel europeo. En los últimos años los fondos europeos para la investigación se han incrementado en un 50 %, y nuestro grupo ha incrementado la financiación para investigación gracias a los proyectos europeos.

La participación externa de los profesionales del Servicio y el intercambio de experiencias es otra fuente muy importante de información para la decisión estratégica y operativa. En la tabla 1.2.b se sintetizan varias actividades relacionadas con el intercambio de experiencias y métodos con las mejores organizaciones del Sector.

Tabla 1.2.b SEPNA COMO REFERENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL. INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y MÉTODOS

| | |
|---|---|
| El Servicio como referencia nacional e internacional. | Los responsables de Unidades o los Directores Médicos de los Hospitales con Unidades de Hospitalización de Adolescentes de reciente o próxima apertura han solicitado ayuda para desarrollar sus planes de acción. Ejemplos: Unidades de Hospitalización Infanto-juvenil del Hospital Santiago Apóstol, del Hospital Clínico de Zaragoza, del Hospital Clínico de Valladolid, la del Hospital de Basurto en Bilbao, la del Hospital de San Sebastián, la del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, Hospital Central en Oviedo, Hospital Clínico de Ciudad Real, Valle Hebrón y San Joan de Deu en Barcelona, Son Espases en Palma de Mallorca, y Hospital Clínico, Santiago de Compostela. |
| Visitas al Servicio | Los responsables de los servicios de Salud Mental de Galicia, Asturias, Andalucía y Castilla-La Mancha, y personal implicado en la puesta en marcha de la unidad de Murcia. Todas las unidades que han abierto sus servicios estos últimos 15 años han enviado a sus responsables a conocer o a rotar por nuestro Servicio. Los responsables de salud mental y responsables de unidades de características similares de Bélgica, Francia, Holanda y Reino Unido, así como responsables educativos de varios países de la Unión Europea. |
| El Servicio como promotor de intercambio con otras organizaciones. | De manera regular se realizan visitas por parte del personal a otros centros asistenciales relacionados con la Salud Mental infanto-juvenil. Desde hace más de 15 años personas del Servicio visitan recursos asistenciales de otras CCAA. Como ejemplo, en 2013 cuatro personas del equipo de enfermería visitaron las unidades de psiquiatría infanto-juveniles de San Sebastián y Bilbao. Profesionales de enfermería y psiquiatras, además de la trabajadora social han visitado además en el año 2015 el Hospital de Día AMICEM, el centro terapéutico de La Berzosa, y el Hospital de Día ICPR; otras 4 personas del Servicio fueron también en 2016 a visitar las unidades de psiquiatría infanto-juvenil de Barcelona, además de realizar visitas a centros más cercanos dentro de la Comunidad de Madrid. Estas visitas se financian con fondos provenientes de los ensayos clínicos realizados por los médicos del Servicio. Reuniones con equipos de enfermería con otras organizaciones. Ejemplos: Hospital Niño Jesús, Hospital Clinic, San Juan de Dios y Benito Menni de Barcelona, unidades de psiquiatría infanto-juveniles de San Sebastián y Bilbao, entre otras. |
| Investigación aprendizaje y docencia | Profesionales de enfermería, psiquiatras y la trabajadora social han visitado en 2017 el centro de menores Santa Teresa de Calcuta y el centro de trastornos de conducta Recurra. Antes de que se inaugurase la Unidad de Hospitalización del Servicio, el personal de enfermería se puso en contacto también con el Centro de Salud Mental de Vallecas para aprender el modo de funcionamiento de su programa infanto-juvenil y se colaboró con la nueva Unidad de Adolescentes de Oviedo. Desde 2003 los líderes del Servicio consiguen fondos para que todos los años varias personas del Servicio (entre 4 y 8 por año) visiten recursos asistenciales similares al nuestro en otras CCAA para poder comparar el funcionamiento de las mismas y traer ideas de mejora. |

Todos los años se realizan al menos cuatro visitas a centros de nuestra Comunidad donde un número importante de personas del Servicio conoce personalmente dispositivos asistenciales relacionados con el mismo.

La investigación es un aspecto básico del Servicio. Como se indica con más detalle en la Presentación, prácticamente el 50% del personal del Servicio se dedica a la investigación, aspecto desarrollado enteramente por el Servicio con presupuesto propio conseguido de manera competitiva. La información sobre la investigación se documenta en la Memoria anual del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón, en la que aparece la producción científica de los distintos Servicios y Unidades del Hospital, así como la Memoria anual del CIBERSAM. Al ser el Jefe de Servicio el coordinador del Área de Neurociencias y Salud Mental del Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón y haber sido Director Científico del CIBERSAM, él es uno de los encargados de la elaboración y coordinación de las mismas.

1.2.2.- Comprobación de especificaciones de producto / servicio

El SEPNA cuenta un sistema de gestión por procesos para llevar a cabo sus servicios y mejorar sus resultados. La propuesta de valor del Servicio consiste en desarrollar servicios orientados a sus clientes, que le permitan cumplir con su misión y posicionarse como referencia en el sector (Visión de la organización). Cada proceso tiene un responsable, asignado utilizando como criterios su posición en el Servicio y el conocimiento e implicación en el proceso. El responsable de un proceso conoce a fondo todos los elementos necesarios para su correcto funcionamiento. Se encarga de la formación y el asesoramiento del personal implicado y del seguimiento de los indicadores y resultados asociados impulsando la mejora.

Los procesos del SEPNA incluyen procesos estratégicos, operativos y de apoyo. Los **procesos estratégicos** son los relacionados con las **actividades estratégicas**, adecuando los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes. Los **procesos operativos** son los procesos que suponen contacto directo con el usuario y tienen mayor impacto sobre las tareas básicas del Servicio: el tratamiento de los pacientes y la atención a sus familiares, la investigación y la docencia. Son el objetivo final de la existencia del Servicio. Los **procesos de apoyo** son aquellos que generan recursos que necesitan los otros procesos para poder llevarse a la práctica. Aunque los proporcionan los servicios centrales del Hospital, el Servicio se implica activamente en su adecuación y mejora.

El Servicio proporciona distintos servicios dentro de los procesos operativos (asistencial, docente y de investigación). El proceso asistencial, dada la complejidad de la patología que tratamos y la especificidad de la población, se detalla para cada uno de los distintos programas y en todos los casos se estructura en base a 3 subprocesos:

-Subproceso de admisión y acogida: Estandariza los pasos y contenidos de la derivación desde cualquier servicio a la Unidad de Hospitalización o a los distintos programas, y las acciones a llevar a cabo durante el ingreso: valoración individualizada (adaptada a los distintos programas) e información para pacientes y familiares. En la UADO, previa a la recepción del paciente, se lleva a cabo el sistema de gestión de camas, imprescindible en los últimos años en los que ha aumentado la demanda de camas de hospitalización de adolescentes en la CM para priorizar para ingreso los casos más graves. Para facilitar el ingreso y la admisión de pacientes, se acaba de aprobar un protocolo de ingreso directo desde otros recursos de salud mental, por el que no es preciso pasar por la urgencia hospitalaria para ingresar en la Unidad de Adolescentes.

-Subproceso de tratamiento: Estandarizado mediante más de 30 protocolos y guías clínicas y terapéuticas, recogidas en el Mapa de Procesos, tales como: las guías para patologías concretas (trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta, etc.), guías farmacológicas (depresión, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, retraso mental, etc.), protocolos de información, actuación ante incidentes (fuga, conducta oposicionista, amotinamiento, ingreso de un paciente custodiado), pautas de actuación homogéneas para situaciones habituales o el manejo de pacientes con necesidades especiales. Las guías y protocolos se evalúan de manera periódica en reuniones mensuales de todos los profesionales clínicos.

-Subproceso de alta y seguimiento: En hospitalización incluye: recogida de información (evolución sintomática con escala válida y datos sociodemográficos) para evaluar los efectos del tratamiento en el ingreso, contacto con el CSM de zona y cita de seguimiento, informe de alta en mano y contacto con los Servicios Sociales en los casos con implicación social relevante. En los pacientes de programas específicos el compromiso es dar el alta lo antes posible para que el paciente vuelva a un entorno normalizado. En los CSM incluye contacto con los profesionales de Atención Primaria, de servicios sociales y servicios educativos. Se realiza coordinación de manera reglada y continua con el IMFM (UMERP), la Dirección General de la Mujer (ATIENDE niños), la Consejería de Justicia (Menor Infractor), Educación (programa TGD, aulas, Dionisia Plaza, etc.). El apoyo a las familias es continuo. Incluso en los permisos de fin de semana en domicilio, pueden contactar con la UADO las 24 horas del día, para resolver cualquier duda: manejo de conducta, medicación o para finalizar con antelación el permiso.

En el ámbito docente se mejoran las relaciones con los usuarios y los servicios que se les ofertan mediante la modificación de la sistemática docente atendiendo a la información que se obtiene de las evaluaciones realizadas (Programa Docencia para profesores de la Universidad Complutense, resultados de encuestas a residentes).

En el ámbito de investigación, en 2016 se creó un grupo de calidad específico para evaluar las necesidades de personal. Este grupo ha llevado a cabo varias encuestas de las que se han derivado nuevos procedimientos de trabajo para mejorar las condiciones laborales, como la creación de una base de citas única para los pacientes que participan en proyectos de investigación o la gestión de la agenda de los distintos profesionales en un calendario único, lo que permite adecuar espacios y tiempos, iniciativas que han sido valoradas positivamente por los profesionales.

Los procesos del Servicio se encuentran incluidos en el Mapa de Procesos, disponible en la intranet del HGUGM para cualquier

trabajador del mismo, y se comunican a los trabajadores cuando empiezan a trabajar en el Servicio. En el Mapa de Procesos se incluye además un repositorio de documentos con los distintos procedimientos y protocolos, organizado de manera que facilita la comunicación y difusión de los distintos procedimientos de trabajo entre los profesionales.

Figura 1.2.a Mapa de procesos del SEPNA



La utilización de protocolos y guías favorece la estandarización de la asistencia y minimiza el impacto en la misma de situaciones como la rotación de profesionales eventuales en periodos vacacionales.

-Protocolos. Establecen las pautas básicas de actuación para determinadas patologías y ante contextos y situaciones críticas. Se desarrollan de forma participativa y se presentan al Comité Ético de Asistencia del Hospital. Hay más de 30 protocolos específicos cuyo contenido incluye *objeto, alcance, desarrollo, indicadores, registros y responsabilidades*. Los protocolos suponen una ayuda aunque la actuación en cada situación particular se adapta a las características propias de cada paciente. Los protocolos se difunden, se evalúa la aplicación y se revisa el funcionamiento de los mismos con la periodicidad establecida.

-Guías clínicas. Tienen la finalidad de ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas. Desde el Servicio se han realizado guías clínicas de tratamiento para trastornos de conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, trastornos psicóticos, depresión, trastorno bipolar, así como guías terapéuticas para los principales psicofármacos en población infanto-juvenil. La elaboración de guías se realiza en función de cambios de conductas, aumento de prescripciones, etc., respondiendo o adelantándose a nuevas necesidades.

La aplicación del Modelo EFQM y las autoevaluaciones, la participación y el trabajo en equipos de mejora han sido las fuentes de desarrollo e implantación de continuas mejoras e innovaciones transversales. En el PE 2016-2019, vigente en la actualidad, siete de las diez Líneas Estratégicas (LE) contienen objetivos y acciones orientados a los procesos, productos y servicios:

- LE 1: Avanzar en el desarrollo del sistema organizativo y de gestión.
- LE 2: Avanzar en el desarrollo y mejorar la calidad asistencial.
- LE 4: Mejorar la seguridad del paciente.
- LE 5: Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación y satisfacción de otros recursos con el Servicio.
- LE 8: Desarrollar y estandarizar los programas específicos.
- LE 9: Potenciar el programa docente.
- LE 10: Potenciar la investigación e innovación.

Los procesos se monitorizan y mejoran continuamente por los responsables. Datos de resultados globales de los procesos clave incluyen:

- **Asistencial:** desde que existe libre elección de médico en la CM, se ha triplicado la demanda.
- **Docente:** la demanda de plazas es tan alta que ya están completas todas para los 2 próximos años.
- **Investigador:** el Servicio es referente internacional, desarrolla una actividad prolífica y emplea para investigación un número similar de trabajadores de aquellos con los que cuenta para asistencia.

Los mecanismos que detectan y gestionan las oportunidades de mejora e innovación de los procesos son:

- 1) La revisión de los objetivos del Plan estratégico y de su desarrollo en planes de acción operativos.
- 2) El pacto de objetivos anuales conforme a los resultados logrados en el año anterior.
- 3) Los planes de mejora derivados de las oportunidades que surgen de distintas actividades de gestión (análisis de resultados de percepción, autoevaluaciones y evaluaciones externas EFQM, sugerencias y reclamaciones, benchmarking, etc.).
- 4) La labor de análisis, propuestas e implantación de acciones por parte de los grupos de mejora.
- 5) Otros planes de mejora puntuales que surgen de la evaluación del entorno.

6) Sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población.

1.2.3.- Sistema de gestión de reclamaciones

La reclamaciones oficiales se reciben en el Servicio a través del Servicio de Atención al Paciente del hospital, que las comunica al Jefe de Servicio, quien las despacha con los profesionales implicados y con aquellos otros que puedan aportar información adicional según cada caso (Jefe de Sección, responsables de programas...). El tiempo de respuesta a las reclamaciones establecido como objetivo por el Hospital es de menos de 15 días, objetivo que se ha cumplido todos los años desde que se monitoriza (ver resultados). El Servicio de Atención al Paciente es el encargado de hacer llegar la contestación a aquellos que la interpusieron.

Desde 2016, además de por el profesional responsable, las reclamaciones tienen que ir firmadas por el Jefe de Servicio. Las reclamaciones se analizan y, en los casos en los que se considera pertinente, se elaboran desde el grupo de resultados planes de mejora cuya eficacia se mide de manera anual.

Junto con las reclamaciones oficiales mencionadas, se recogen en el Servicio quejas y sugerencias que llegan por otras vías:

- directamente a los profesionales durante el ejercicio profesional
- las que se incluyen en el buzón de sugerencias y quejas para los trabajadores del Servicio, que se evalúan por el grupo de satisfacción y se incluyen en las reuniones trimestrales de gestión.
- las que se reciben mediante la aplicación CISE Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad, relativas a seguridad de los pacientes y a errores de medicación, que se analizan por los miembros de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) y por los representantes de Seguridad del Servicio y por el Servicio de Farmacia respectivamente. Estas notificaciones se evalúan en reuniones quincenales al efecto en las que se establecen planes de mejora con responsables y fechas de seguimiento que se registran en la aplicación de la Consejería de Sanidad, quien a su vez monitoriza el cumplimiento de la gestión de manera anual. La mayoría de estas reclamaciones son anónimas. No obstante, en los casos en los que las personas que las realizaron se identifican, se envía de forma automática un reporte de las conclusiones del análisis y las acciones a realizar a su correo electrónico institucional.

1.2.4.- Definición de objetivos y medición de niveles de satisfacción del cliente.

Los objetivos del Servicio se plasman en las Cartas de Servicios (CS). La primera CS del Servicio se redactó tras la autoevaluación de 2003, al identificarse la necesidad de definir por escrito los servicios los requisitos de calidad y el método de seguimiento y evaluación que se utilizaría. Se actualizó en 2010 y se realizó una segunda CS más específica para el programa AMI-TEA. En 2017 se han vuelto a actualizar recogiendo los últimos cambios y potenciando aspectos como la investigación, la página web y las redes sociales. La evaluación del cumplimiento de la CS se mide mediante indicadores y se realiza un informe anual que se envía a la Subdirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano. La publicación de estas dos nuevas CS y su difusión entre los ciudadanos, tanto de los contenidos a través de la web del SEPNA, como de los resultados anuales a través del Portal de Transparencia de la CM, supone un compromiso público de los servicios ofrecidos y el nivel de calidad de los mismos. Las prestaciones ofertadas se detallan a continuación:

Prestaciones ofertadas en la Carta de Servicios:

- Tratamiento integral médico, psicológico y de enfermería a los menores tratados en el Servicio.
- Continuidad de la formación académica y educación general de los adolescentes ingresados.
- Evaluación de las necesidades y situación social del paciente.
- Tratamiento médico integral de las distintas patologías mentales.
- Información y apoyo a familiares y tutores del paciente.
- Tratamiento psiquiátrico ambulatorio.
- Coordinación con instituciones sociales y sanitarias extra hospitalarias.
- Investigación.
- Docencia.

Requisitos de calidad: la Carta de Servicios asume como compromisos de calidad en la atención al ciudadano los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa establecidos por la normativa de la Comunidad de Madrid (decreto 85/2002, de 23 de mayo).

- Uso eficiente de recursos,
- Utilización de guías clínicas al uso
- Ofrecer un trato humano a pacientes y familiares que respete sus derechos y su autonomía
- La periodicidad y los medios con los que se proporcionará información a familiares
- Las actividades que se realizarán para favorecer la continuidad asistencial
- Las actividades de formación específica para profesionales que se llevarán a cabo
- La contribución al avance científico en el tratamiento y la atención a la patología psiquiátrica infanto-juvenil
- El trabajo según los principios de la mejora continua de calidad.
- También establece que la docencia y la investigación son actividades básicas del Servicio.

Para determinar y satisfacer el nivel de satisfacción de los clientes e introducir las mejoras pertinentes utilizamos encuestas regulares, con métodos cuantitativos y cualitativos, dirigidas a cada uno de los distintos grupos de clientes. Las encuestas se complementan con comunicación continua con pacientes, familiares y otros GI durante el proceso de atención (por ejemplo Asamblea de pacientes

o Grupos terapéuticos de padres, reuniones con asociaciones de familiares). Además, mediante la página Web del Servicio se recogen comentarios y solicitudes. Todo esto ha hecho que se hayan producido de forma continua en el Servicio innovaciones, cambios y nuevos programas.

Las encuestas a los distintos clientes se dividen según los distintos programas. Así, contamos entre otras con encuestas de satisfacción para familias de menores ingresados, para pacientes que asisten al aula terapéutica, para pacientes y familiares del Programa AMITEA, para los distintos residentes que rotan en nuestro Servicio, alumnos de la universidad o profesionales de los centros de menores o de los CSM. Cuando se ha considerado necesario, estas encuestas se han complementado con otras nuevas. Por ejemplo, se ha comenzado a pasar una encuesta de calidad de vida a pacientes de AMITEA que complementa a la encuesta de satisfacción que se había utilizado previamente. Las encuestas se basan en los compromisos que se encuentran recogidos en las Cartas de Servicios y que son la base de la expectativa de los clientes.

El contacto directo con los menores es fundamental en un Servicio que atiende a niños y adolescentes. Para conocer su opinión se llevan a cabo al menos una vez a la semana asambleas con los adolescentes ingresados en las que expresan quejas y sugerencias acerca de las condiciones de ingreso y las normas del mismo. Resultado de éstas, y ante la petición de los pacientes, se organizaron sesiones de video y otras actividades de ocio como talleres de moda, magia, música, cine forum, debates o coloquios, karaokes, juegos de mesa diversos ("Pictionary", "Trivial", "Party", "Cranium", "Wii"). Se ha formado un grupo de trabajo compuesto por la terapeuta ocupacional y personal de enfermería que planifica las actividades del fin de semana, que han sido muy favorablemente recibidas por los adolescentes. La opinión de los pacientes también se han incluido en el desarrollo de los procesos asistenciales. Por ejemplo, como parte de los Objetivos de 2016 firmados con la Dirección Médica, se han llevado a cabo focus group con los adolescentes para ver sus necesidades respecto a tratamientos específicos (han participado en el desarrollo de una app para adolescentes con psicosis) o para fomentar la seguridad en la planta de hospitalización (grupo para fomentar el uso de la pulsera de identificación durante el ingreso). En 2017 se ha conseguido financiación para desarrollar una encuesta con formato visual para medir la satisfacción de los adolescentes que acuden a las distintas consultas externas del Servicio.

Una fuente fundamental de información proviene de las asociaciones de familiares. Para mejorar las relaciones con asociaciones de familiares se desarrolló un plan de mejora (Plan Estratégico 2012-2015, LE 3 objetivo 3 "*Mejorar comunicación con asociaciones...*"), que ha supuesto la estructuración y estandarización de envío de información y reuniones periódicas. En el Plan Estratégico 2016-2019 vigente se ha ampliado el alcance de esta relación, existiendo 2 líneas estratégicas relacionadas con las asociaciones de familiares:

- LE 5, objetivo 6: Mejorar la comunicación con asociaciones de familiares.
- LE 8, objetivo 2: en el que una de las acciones es desarrollar proyectos con asociaciones de familiares y pacientes.

Junto al proceso asistencial del Servicio hay otros 2 procesos básicos: la investigación y la docencia. En investigación se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas y básicas, muchas en colaboración con centros nacionales e internacionales. Todas se presentan al Comité de Ética e Investigación Clínica. La participación en los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Los ensayos clínicos con menores se comunican a la Fiscalía de Menores y a las Agencias Española y Europea de Medicamentos. Los resultados han mejorado hasta convertirse en referente internacional y coordinar la investigación en Salud Mental en todo el país. Los pacientes colaboran de manera altruista y las tasas de permanencia en los estudios son muy altas, lo que indica un grado de satisfacción elevado con el mismo.

El HGUGM está asociado a la Universidad Complutense de Madrid (UCM). En el Servicio se forman estudiantes de quinto y sexto curso de medicina, de psicología, de terapia ocupacional, de trabajo social, de enfermería, residentes de psiquiatría, de psicología y de enfermería. Existen también acuerdos con universidades privadas. El proceso se gestiona desde la Universidad y el Hospital, pero el proceso de rotación y formación de residentes de Psiquiatría se gestiona directamente desde el Servicio. A su llegada se les entrega un dossier informativo sobre aspectos básicos del Servicio, su participación en el trabajo, bibliografía recomendada y aspectos útiles para su formación (accesible también en la web del Servicio). Cuando finalizan la rotación se les pide que evalúen la misma de manera anónima.

Las distintas encuestas y los resultados de las mismas se incluyen en el criterio 3 de esta memoria.

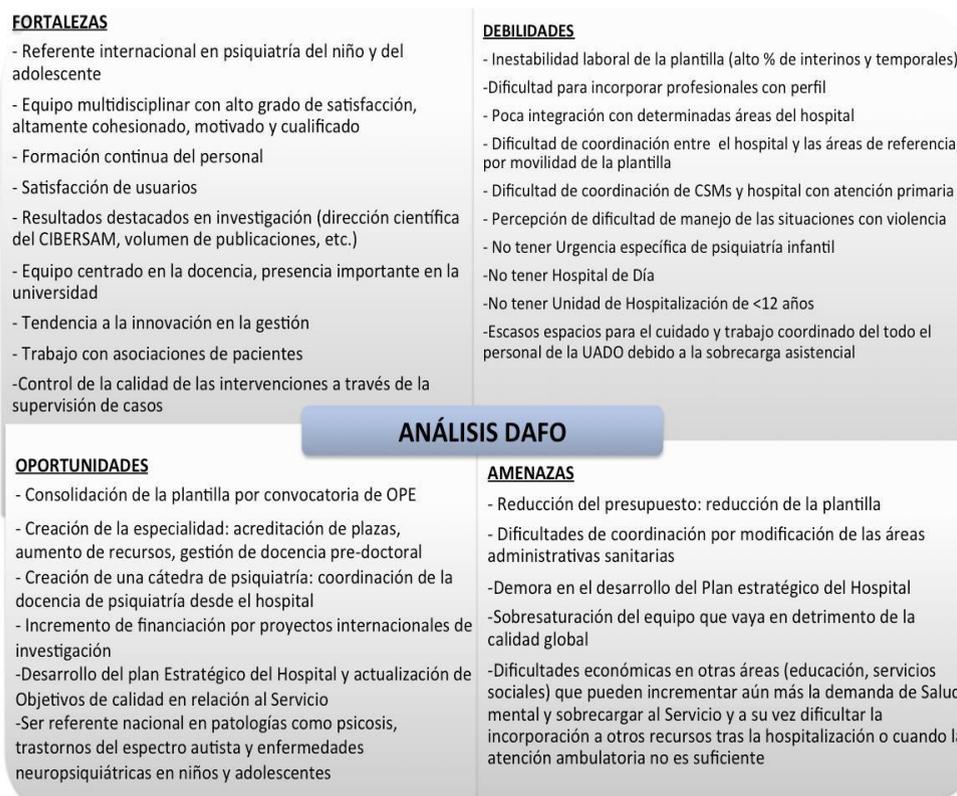
Criterio 2. CONFIANZA DE LOS CLIENTES

2.1.- Preventa

2.1.1 Plan estratégico comercial e imagen de marca

La estrategia del Servicio se refleja en el Plan Estratégico y las Cartas de Servicios. Para la elaboración del Plan Estratégico se ha consensado con los profesionales del Servicio un análisis DAFO en el que se recogen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del Servicio (figura 2.1.a). El resultado de este análisis se considera en el proceso de decisión del Plan Estratégico para establecer y priorizar alternativas y acciones. Las Cartas de Servicios se han elaborado conforme a las directrices de la Subdirección de Calidad de la Comunidad de Madrid.

Figura 2.1.a. Análisis DAFO



Los *Factores Clave de Éxito*, formulados como parte del desarrollo del Plan Estratégico, están identificados y se entienden como prácticas a implantar, o realidades a alcanzar y consolidar para que el Servicio tenga éxito en el cumplimiento de su misión y el progreso hacia su visión. Están relacionados con procesos y prácticas profesionales, de relación con clientes y de gestión, y con los compromisos contraídos en la Carta de Servicios sobre el nivel de calidad de los mismos. También contemplan el Contrato programa. Se tienen en cuenta para desarrollar las estrategias y se revisan en cada Plan Estratégico. Los *Factores Clave de Éxito* son:

- Uso eficiente de recursos
- Utilización de guías clínicas al uso
- Trato humano a pacientes y familiares, que respete sus derechos y su autonomía
- Información a familiares periódica y estructurada
- Continuidad asistencial
- Formación específica a profesionales y personas en formación
- Contribución al avance científico en el tratamiento y la atención a la patología psiquiátrica infanto-juvenil
- Trabajo según los principios de la mejora continua de calidad

Los riesgos estratégicos provienen principalmente de los cambios de escenarios por causas sociales, demográficas, nuevas tendencias terapéuticas y cambios en la normativa. De forma general, los objetivos en los que se materializa la estrategia del Servicio están recogidos en el Plan Estratégico (figura 2.1.b) y se complementan con otros compromisos recogidos en las Cartas de Servicios.

El Plan Estratégico 2016–2019 (PE 2014-2016) se despliega en objetivos, que a su vez se concretan en acciones. Las acciones tienen responsables, fechas e indicadores de evaluación para realizar el seguimiento de su implantación. Las acciones se planifican a lo largo de los cuatro años de vigencia del Plan, desarrollándose en proyectos específicos e integrados en la sistemática de gestión.

Figura 2.1.b- Plan Estratégico del SEPNA

| | |
|--|--|
| 1. Avanzar en el desarrollo del sistema organizativo y de gestión | |
| .01/16 – 12/19 | Promover un liderazgo eficaz |
| .09/16 – 04/17 | Definir una agenda por programas de dirección |
| .01/17 – 12/19 | Aportar por la calidad del funcionamiento: procesos clave, funcionamiento homogéneo |
| .01/16 – 09/16 | Desarrollar la historia clínica electrónica |
| 2. Avanzar en el desarrollo y mejora de la calidad asistencial | |
| .04/16 – 12/19 | Calidad asistencial |
| .01/17 – 12/19 | Nuevos modelos asistenciales |
| .01/17 – 12/16 | Mejorar la gestión u análisis de las reclamaciones |
| .09/16 – 12/19 | Analizar la satisfacción con la calidad asistencial |
| 3. Mejorar la eficiencia | |
| .04/16 – 12/19 | Desarrollo de procedimiento asistenciales que anticipen y prevengan ingresos recurrentes |
| .01/16 – 12/17 | Favorecer complejidad de pacientes ingresados |
| .01/16 – 12/19 | Cumplimiento presupuesto asignado |
| .01/16 – 12/19 | Mejora de la prescripción y uso racional de medicamentos en el área de salud mental |
| 4. Mejorar la seguridad del paciente | |
| .01/16 – 12/19 | Desarrollar cultura de seguridad entre los miembros del Servicio: charlas, formación |
| .01/16 – 12/17 | Mejora de la asistencia al dolor |
| .01/16 – 12/19 | Fomentar notificación de incidentes de seguridad |
| .01/17 – 12/18 | Impulsar objetivos preferentes de la estrategia de seguridad |
| 5. Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación y satisfacción de otros recursos con el servicio | |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la integración con Atención Primaria |
| .01/17 – 12/18 | Mejorar la continuidad de los cuidados |
| .01/17 – 12/19 | Mejorar la integración entre UADO y los CSM de referencia, los Hospitales de Día y los centros de menores |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la coordinación del Servicio con otros Servicios del hospital |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la integración con dispositivos de servicios sociales y educación |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la comunicación con asociaciones de familiares |
| 6. Mejorar la satisfacción | |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la integración con Atención Primaria |
| .01/16 – 12/19 | Mejorar la seguridad de los trabajadores |
| .01/17 – 12/19 | Promover espacios para la coordinación y el cuidado |
| 7. Formación continuada para la mejora del desempeño | |
| .01/16 – 12/19 | Promocionar formación con contenidos vinculados al desempeño profesional y a objetivos concretos de mejoría |
| .01/17 – 01/19 | Resultados evaluados en términos de mejora de los resultados del desempeño profesional |
| .01/16 – 12/19 | Promover visitas de formación y entrenamiento del personal a otros centros y de otros centros a nuestro Servicio |
| 8. Desarrollar y estandarizar los programas específicos | |
| .01/16 – 12/19 | Potenciar AMITEA |
| .01/16 – 12/19 | Potenciar PIENSA |
| .01/16 – 12/19 | Potenciar ATraPA |
| .01/16 – 12/19 | Consolidar UMERP |
| .01/16 – 12/19 | Desarrollar Programa de diagnóstico complejo de TEA |
| 9. Potenciar el programa docente | |
| .01/16 – 12/19 | Adaptación del itinerario formativo a los requisitos de la Comisión |
| .01/16 – 12/16 | Realización de las entrevistas de los residentes en el formato normalizado |
| .01/16 – 03/17 | Acreditar las sesiones clínicas, bibliográficas y de casos del Servicio |
| .01/16 – 12/19 | Evaluación de la competencia profesional de los profesores de Universidad |
| .01/16 – 12/19 | Organización y acreditación de cursos desde el servicio |
| .01/16 – 12/19 | Excelencia en la oferta formativa de residentes |
| 10. Potenciar la investigación e innovación | |
| .01/16 – 12/19 | Aumentar la calidad de las publicaciones |
| .12/17 – 12/19 | Publicaciones en primer cuartil |
| .01/16 – 12/19 | Promoción concurrencia en proyectos de investigación públicos y privados |

La revisión y actualización de la Estrategia del Servicio es un proceso continuo, aunque con una formulación cuatrienal. Tanto el cumplimiento de las acciones del Plan estratégico como las Cartas de Servicios, se monitorizan a corto y medio plazo con una sistemática establecida. Además del PE 2016-2019 a 4 años y los objetivos anuales, cuando se detectan deficiencias u oportunidades de mejora en el Servicio se establecen objetivos con planes de acción concretos. La discusión y aprobación de estos objetivos se hace en las reuniones periódicas de gestión. El seguimiento de la consecución de dichos objetivos se hace en reuniones de gestión posteriores, y las actas de las reuniones sirven de archivo de las decisiones tomadas. Por ejemplo, ante la percepción de aumento de casos de violencia en la hospitalización de adolescentes, en 2017 tiene lugar una sesión de ideas con todos los trabajadores del Servicio que da como resultado la creación de un grupo de trabajo para modificar la forma de trabajo en la Planta, evaluado positivamente en diciembre de 2017, tras 6 meses de funcionamiento.

A corto plazo, el Jefe de Servicio y la Supervisora de Enfermería se reúnen trimestralmente con el equipo en las reuniones de gestión para revisar el cumplimiento de los objetivos (tabla 1.1.a). De manera anual, el Jefe de Servicio se reúne con la Dirección Médica y la Jefa de Enfermería con la Dirección de Enfermería para revisar el grado de cumplimiento de los objetivos anuales y pactar y firmar los objetivos el año siguiente. Dentro de los grupos de calidad integrados por personas del Servicio, el grupo de Procesos se encarga de

supervisar el cumplimiento de los indicadores del Plan Estratégico y las Cartas de Servicios. La evaluación del cumplimiento de los compromisos de la Carta de Servicios se documenta de manera anual en un informe que se envía a la Subdirección General de Calidad y que está disponible en el Portal de transparencia de la CM.

Cada 4 años se hace una revisión completa del Plan Estratégico, priorizando nuevas líneas de actuación que contemplan las vertientes necesarias para su progreso en excelencia, diferenciación y competitividad sostenida. El Plan Estratégico y el conjunto de indicadores de seguimiento de su implantación efectiva incluyen todos los aspectos prioritarios en cada ciclo, relativos a excelencia en los servicios y gestión de los procesos, recursos, clientes, personas, seguridad, sociedad y medio ambiente.

2.1.2 Política de marketing responsable

Para el tratamiento de los pacientes se utilizan distintas actividades y actuaciones organizadas en el Servicio y que tienen una intención terapéutica como el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicoterapéutico individual, el tratamiento grupal, el tratamiento familiar y el tratamiento institucional. Todas ellas se presentan a los usuarios en la web y en las Cartas de Servicios y cuentan con los criterios de calidad necesarios para formar parte de la oferta terapéutica del Servicio.

Existen varios tipos de terapia grupal que se desarrollan en programas específicos (ej: ATraPA, PIENSA), en consultas externas de los CSM o durante el ingreso hospitalario, en el que hay sesiones de terapia de grupo diarias para todos los pacientes lideradas por un psiquiatra y un observador. El grupo de terapia de ingreso se ha revisado en 2 ocasiones y se han iniciado otros 2 grupos, con carácter semanal, desarrollados por personal de enfermería (Mindfulness y Terapia Dialéctica Comportamental-DBT). También se desarrolla un grupo semanal, liderado por una psiquiatra, DUE y trabajadora social, para padres de pacientes ingresados.

La eficacia de los grupos de terapia en el programa PIENSA se ha medido frente a un grupo control, siendo el primer estudio que ha demostrado la eficacia de esta intervención para menores de edad. Los resultados se han publicado en la revista de mayor prestigio internacional en psiquiatría del niño y del adolescente. La lectura y posterior realización de preguntas de este estudio han dado créditos para los psiquiatras infantiles en EEUU. Se han publicado los manuales de las terapias PIENSA y AtraPA y se han puesto a disposición de la Comunidad de manera gratuita. En estos momentos se está evaluando la eficacia de la intervención familiar incluida también dentro del programa ATraPA.

Los distintos programas asistenciales que se desarrollan en el Servicio se incluyen dentro del Mapa de Procesos, accesible en la intranet para todos los trabajadores sanitarios de la CM, y en la página web del Servicio a la que tienen acceso pacientes, familiares y sociedad en general. La página web del SEPNA recibió más de 49.300 visitas en 2017, siendo una excelente vía de transmisión de la información relativa a los productos del Servicio. Además, la prolífica asistencia a congresos del personal, así como su labor académica impartiendo docencia reglada o dando charlas o cursos supone también una oportunidad para la difusión del conocimiento sobre la actividad del Servicio. Los profesionales del Servicio participan con frecuencia en prensa y espacios de divulgación científica. Esto, junto con los premios y reconocimientos, contribuye también a la difusión y la visibilidad de los servicios del SEPNA.

El Servicio es pionero en investigación, siendo referente internacional en varias líneas como los trastornos psicóticos o el autismo, además de los trastornos mentales infanto-juveniles. Los resultados de los proyectos de investigación se difunden a través de la participación en Congresos y Conferencias y mediante la publicación de artículos científicos. El aumento de la calidad y el impacto de las publicaciones científicas es una prioridad para el Servicio. En el PE 2016-2019, la línea estratégica 10, tiene 2 objetivos destinados a este fin, el objetivo 2: *Publicar al menos 20 publicaciones científicas internacionales indexadas/año* y el objetivo 3: *>60% publicaciones en primer cuartil*.

La actividad de colaboración y comparaciones externas es muy intensa y supone un aprendizaje y una aportación del Servicio a otras entidades. Se ofrece la posibilidad a los trabajadores de visitar otros centros y recursos extrahospitalarios de la Comunidad y de fuera para conocer otros sistemas de trabajo. También se reciben visitas de profesionales que utilizan nuestro Servicio como modelo para desarrollar sus programas ambulatorios o de hospitalización. Por ejemplo, el programa PIENSA se está adaptando para ser utilizado por la población de EEUU y la práctica totalidad de las Unidades de Hospitalización de Adolescentes del país han tomado la nuestra como modelo, habiendo compartido con ellos nuestro mapa de procesos y todos los documentos ligados al mismo.

2.1.3 Análisis de necesidades de información de clientes de productos/servicios

El análisis de las necesidades de información de nuestros clientes externos (usuarios, asociaciones de pacientes y familiares) e internos (profesionales sanitarios, servicios sociales, educación) se lleva a cabo de forma estructurada mediante las encuestas de satisfacción en las que se incluyen tanto preguntas al respecto como preguntas abiertas. Las encuestas se realizan de manera periódica y los resultados se discuten en el grupo de resultados y en las reuniones trimestrales de gestión. Los coordinadores de los distintos programas evalúan a su vez la pertinencia de las derivaciones a los mismos en las reuniones periódicas de gestión de cada uno de ellos (diarias, semanales o quincenales según el caso). Además, las necesidades de información se evalúan de manera continua mediante las reuniones que se realizan tanto con representantes de familiares y de la sociedad como con representantes de la sanidad. Se incluyen a continuación algunos ejemplos de necesidades detectadas de información sobre los servicios del SEPNA y del análisis y las acciones realizadas para mejorarla:

-El análisis pormenorizado de las derivaciones a AMITEA detectó falta de información en los principales derivantes, los médicos de atención primaria, sobre las características del programa y el procedimiento de derivación al mismo. Se inició entonces la colaboración en un programa formativo promovido por la Federación Autismo Madrid para difusión de los servicios del programa AMITEA en los Centros de Salud de la CM.

-Para mejorar el conocimiento de la percepción de las necesidades de los pacientes, tras las encuestas de satisfacción de 2017 se

propone modificar la encuesta de satisfacción para detallar si la necesidad de recursos, uno de los ítems con puntuaciones más altas, se refiere a recursos del Servicio o del sistema de salud mental de la CM en general.

-La relación continua con las distintas asociaciones de pacientes y familiares y con representantes de otros sectores ligados al trabajo de salud mental en menores, como educación y servicios sociales, ha permitido conocer las necesidades de información en distintos ámbitos sociales. En el PE la línea estratégica 8 incluye como indicadores el mantenimiento de reuniones periódicas y el desarrollo de iniciativas con los distintos partners ligadas a los programas específicos. Como ejemplo, está en desarrollo un programa de capacitación en trastorno bipolar dirigido a jóvenes con este trastorno, al detectarse tras coordinación con la Fundación Mundo Bipolar la falta de información sobre la enfermedad y la dificultad del acceso a la misma en el caso de pacientes menores de edad.

2.1.4 Procesos de comunicación de características de productos/servicios

La estrategia y las características de los servicios se transmiten a los grupos de interés del SEPNA. El Plan Estratégico, las Cartas de Servicios, la Memoria de actividades y otros documentos están disponibles en la página web del Servicio accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias. En la página web también se encuentran disponibles:

- los procesos y los materiales terapéuticos, tanto para profesionales como para pacientes, que se utilizan en cada programa específico.
- las guías clínicas actualizadas para el tratamiento de las distintas patologías.
- los distintos procedimientos que se utilizan
- información sobre los proyectos de investigación vigentes, incluyendo los datos para participación.
- los resultados de los proyectos de investigación, en forma de artículos científicos, libros o guías clínicas.

La comunicación de la estrategia a los trabajadores del Servicio se realiza principalmente en las reuniones de gestión y coordinación (tabla 1.1.a.) que se llevan a cabo en los distintos programas del SEPNA, tanto hospitalarios como ambulatorios (CSM, Hospital Infantil, UADO, etc.). Se llevan también a cabo reuniones trimestrales del servicio, de las que participan los trabajadores de los tres turnos horarios y en las que se transmiten la estrategia y políticas de forma implícita, los objetivos, y se concretan los planes de acción operativos. Se realizan también reuniones específicas sobre temas concretos. Esta información está disponible en la intranet del Servicio y se transmite y entrega a los trabajadores de nueva incorporación.

Aparte de proporcionar acceso a los documentos citados, la esencia de las estrategias se comunica en la práctica mediante las acciones concretas, sea verbalmente o a través de otros medios, en el momento de su desarrollo e implantación ya que pueden suponer cambios en las prácticas clínicas o en la relación con pacientes, familiares y otros grupos de interés. Recientemente se ha reforzado la comunicación a todos los grupos de interés sobre aspectos relevantes del Servicio mediante la creación de un Plan de Comunicación del Servicio. Uno de los aspectos desarrollados en este plan ha sido la incorporación de un servidor de lista de correo donde están incluidos todos los profesionales del Servicio y que se utiliza para transmitir informaciones relevantes.

La comunicación entre las personas del Servicio se lleva a cabo de a partir de diferentes mecanismos, entre los que se encuentran:

- 1) Sistemas periódicos y organizados de comunicación que se explican con más detalle en 1.a (tabla 1a.2) y entre los que se encuentran reuniones de investigación (2xsemana), reuniones trimestrales con todos los trabajadores del Servicio y reuniones periódicas (semanales o quincenales) con profesionales de otros dispositivos.
- 2) Buzones permanentes para recoger de forma anónima quejas y sugerencias de los trabajadores.
- 3) Sistema de orientación para los nuevos trabajadores, que incluye en Plan de Acogida y el repositorio de documentos del Mapa de Procesos.
- 4) Dossier informativo para los nuevos residentes, disponible en la web del Servicio.

Los profesionales hacen propuestas de contenidos para el orden del día de las reuniones de gestión trimestrales, incluyéndose con frecuencia aspectos relativos a la comunicación. Una vez finalizadas las reuniones trimestrales, se entrega por escrito el acta de la misma a todos los profesionales y en la siguiente reunión se realiza un seguimiento de los acuerdos de mejora. La eficacia de los mismos se comprueba a través de las encuestas de clima laboral y a través de las notificaciones de los buzones de quejas y sugerencias entre otros (ver criterio 3).

A partir de los distintos medios de recogida de información de los trabajadores se identificó la necesidad de mejorar la comunicación, lo que quedó plasmado en la Línea 4, objetivo 2 *“Mejorar la comunicación interna en el Servicio”* del Plan Estratégico 2012-2015. El despliegue de este objetivo supuso el desarrollo de un *Plan de Comunicación* que está vigente y que se revisará en 2018. Dentro del *Plan de Comunicación*, la primera medida fue la creación de un list server para proporcionar información relevante del Servicio a todos los trabajadores del mismo a través del correo electrónico institucional, así como para favorecer la motivación de los mismos a través del reconocimiento público de sus logros.

En la misma línea, y tras detectarse dificultades de comunicación interna en la Unidad de Hospitalización expresadas por el personal de manera anónima mediante las preguntas abiertas de las encuestas de satisfacción del personal y a través de los buzones de sugerencias y quejas, en 2015 se pusieron en marcha reuniones mensuales, coordinadas por una de las psiquiatras del Servicio, para favorecer la discusión de aspectos de coordinación entre los trabajadores de la UADO. Estas reuniones se añaden a las reuniones de gestión, de cada uno de los programas específicos y de investigación detalladas en la tabla 1.1.a.

Se promueve además que el desarrollo de la labor asistencial y de investigación se realice de manera coordinada con la de otras organizaciones que pueden aportar valor a la misma y a las que se comunican las características de los productos y servicios del SEPNA, así como los resultados a nivel asistencial y de investigación. A nivel de asistencia nos coordinamos con usuarios, profesionales y organismos dedicados a la atención de niños y adolescentes. Entre otros, se participa y se preside la Comisión del

desarrollo de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, se elaboran Guías de práctica clínica con profesionales de otros servicios y se asesora en reuniones de las agencias española y europeas de medicamentos (AEMPS y EMA). Desde el SEPNA se promueve también la participación voluntaria de las personas del Servicio de distinta cualificación profesional en los grupos de calidad del Servicio (grupo de seguridad, de satisfacción o de formación entre otros) y en grupos de trabajo multidisciplinares a nivel hospitalario, entre los que se encuentran las Comisiones de investigación, farmacia o docencia, el Consejo Rector del Instituto de Investigación del Hospital o el Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Hospital. La participación de profesionales diversos y con distinto nivel de experiencia enriquece la reflexión estratégica que tiene lugar en las reuniones de gestión y se refleja en los cambios que van plasmándose en los sucesivos Planes Estratégicos.

A nivel investigador, el Servicio desarrolla su labor dentro del Instituto de investigación Sanitaria Gregorio Marañón y a través de la Fundación para la Investigación Biomédica Gregorio Marañón. Hay también una colaboración estrecha con el Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), al que pertenecen varios profesionales del Servicio y del que el Jefe de Servicio es Director Científico, participando en los cursos y reuniones científicas anuales así como en las reuniones de planificación de investigación de dicha organización. Se participa en las reuniones de los Comités científicos a nivel nacional de la SEP, la SEPB, la SPM, AEPNYA y a nivel internacional de la ECNP, ESCAP, o SIRS, entre otros. Se participa en la Red de Medicina Experimental y en la Red de Neuropsicofarmacología Infantil (que también se coordina) de la ECNP y en la Red Española de Ensayos Clínicos Pediátricos (RECLIP), coordinando el área de psiquiatría infanto-juvenil. En los últimos 10 años se ha colaborado y publicado con más de 250 Universidades y Hospitales de todo el mundo.

Se participa en las reuniones científicas de todas las organizaciones mencionadas, entre otros motivos para exponer el resultado de los trabajos de investigación que realizamos, que se publican además en las revistas dependientes de dichas organizaciones así como en otras publicaciones internacionales de prestigio, comunicándose de esta manera el conocimiento generado a través de nuestros proyectos de investigación.

2.1.5 Diseño de nuevos productos/servicios junto a clientes.

La innovación en el Servicio en función de las necesidades de los clientes es continua. En la tabla 2.1.a. se incluyen ejemplos de programas y actividades diseñados para responder a las solicitudes de los GI (asociaciones de familiares, pacientes, etc.) o tras detectar los profesionales el aumento de prevalencia de algunas situaciones y la falta de recursos específicos.

Tabla 2.1.a SEPNA: EJEMPLOS DE CAMBIOS E INNOVACIONES EN LOS SERVICIOS

- Se potencia la coordinación con el turno de tarde para facilitar las devoluciones de las respuestas a las demandas y preguntas expresadas por los pacientes en las asambleas que estos mantienen dos veces en semana.
- Se detecta que existe una demanda creciente para el tratamiento de menores con trastornos de personalidad y alto riesgo de suicidio por lo que se crea un programa ambulatorio (ATraPA) para estos pacientes.
- Se detecta, gracias a la comunicación permanente con la Federación de Asociaciones de Autismo de la Comunidad de Madrid, que existe una demanda creciente para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista por lo que se crea un programa específico para estas personas (AMI-TEA) a nivel ambulatorio con ingresos hospitalarios puntuales.
- Se pone en conocimiento del Jefe de Servicio en el año 2013 que la lista de espera en el único programa específico para diagnóstico de TEA de la Comunidad de Madrid (dependiente además de la Consejería de Educación) era superior a los 18 meses por lo que se crea una consulta específica de diagnóstico diferencial de autismo. Gracias a sus buenos resultados, esta consulta se sustituye en el año 2016 por un Programa piloto de Diagnóstico Complejo de TEA apoyado por la Consejería de Sanidad, para atención a todas las personas de la CM.
- Se detecta, gracias a la comunicación constante con la Dirección General de atención al paciente y diversos grupos de asociaciones de familiares y pacientes (AMAFE, Asociación Trastorno Bipolar de Madrid, Asociación 22q11, Asociación Prader-Willi de Madrid, FEAFES, etc.) la necesidad de crear recursos específicos para patologías de gran complejidad y que tiene un valor añadido que sean atendidas en el Hospital.
- Se apoya la formación de la recién creada Asociación Madrileña de Enfermería de Salud Mental, presidida por un ex-becario del grupo y de la que es secretario un enfermero en activo del Servicio.
- Ante la crisis económica se potencia la relación con Fundaciones privadas para mejorar el mecenazgo, lo que permite conseguir varios de los objetivos planteados en el Servicio (construcción de una terraza para la Unidad de Hospitalización gracias a Fundación Esther Koplowitz, creación de un programa informático para mejorar la atención médica a personas con TEA gracias a Fundación Orange, desarrollo y diseminación de guías clínicas y de un libro blanco de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente gracias a la Fundación Alicia Koplowitz, desarrollar formación de profesionales de la Consejería de Educación en trastornos mentales como el TDAH gracias a la Fundación Elisabeth D'Ornano, desarrollar proyectos de investigación gracias a las Fundaciones Mutua Madrileña, Ramón Areces, Alicia Koplowitz, TV3, NARSAD, Stanley, etc.)
- En el año 2013 se integra en el Servicio toda la asistencia en salud mental del niño y del adolescente del Área 1 (CSM de Moratalaz y CSM de Retiro), y toda la actividad con menores con trastornos mentales que no estaba integrada en el Servicio (Atiende infantil que dependía del programa Atiende de adultos). El Servicio da también atención de interconsulta a los menores ingresados en el edificio Materno-Infantil del hospital y las distintas especialidades que cubren la edad pediátrica.
- Se crea un programa de psicoeducación para pacientes con un primer episodio psicótico y sus familias, fruto de la detección de necesidades no cubiertas y diálogo con familias y sociedad (asociaciones de familiares). El programa se implementa y se mide su utilidad a través de un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, cuyos resultados a nivel basal y a los 2 años de seguimiento se han publicado en la revista de psiquiatría del niño y el adolescente más prestigiosa a nivel internacional (JAACAP).
- Se crea el proyecto de familiarización con el entorno hospitalario, el proyecto Doctor TEA (www.doctortea.org), para los pacientes con trastorno del espectro del autismo que precisen acudir a una consulta o realizarse una prueba médica. Junto con el Programa AMI-TEA como coordinador, se han sumado a la iniciativa los Servicios de Psiquiatría del hospital San Juan de Dios de Barcelona, el Hospital Clinic de Barcelona, el Hospital Niño Jesús de Madrid, el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid, el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Burgos, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Divino Vallés de Burgos y el Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

- En el año 2014, ante la demanda creciente de consultas psiquiátricas ambulatorias en el Servicio fruto de la libre elección de profesional y el consecuente aumento de la lista de espera, se consigue incrementar la plantilla.
- En el año 2015, debido a la relación del Servicio con el sistema judicial, se detecta que hay una necesidad en la Comunidad de Madrid en el tratamiento de menores infractores con medidas judiciales, por lo que se abre una consulta específica para estos pacientes.
- Se detecta que no existe en la Comunidad de Madrid un recurso para menores con patología grave que requieren estancias prolongadas, por lo que éstas deben realizarse en Unidades de Hospitalización como la de nuestro Servicio que no son adecuadas para este tipo de estancias. Se realizan escritos justificando esta necesidad y se realizan entrevistas con autoridades sanitarias que finalmente consiguen fondos para crear este recurso. La Unidad de Media Estancia empieza a dar servicio en 2015.
- En el año 2015, debido al conocimiento adquirido por los psiquiatras que fueron a formarse a EEUU y al contacto y expresión de necesidades de salud mental por parte de las familias de personas con síndromes genéticos, se crea el Programa de Genética y Salud Mental.
- En 2017, tras detectarse la necesidad de recursos intermedios para adolescentes entre el ingreso hospitalario y la atención ambulatoria, se crea un programa de tratamiento ambulatorio intensivo (PRISMA), dependiente del Servicio, que se inaugurará en 2018.
- En 2017 se detecta la necesidad de intervención psicoeducativa para menores con trastorno bipolar, organizándose un curso en colaboración con la Fundación Mundo Bipolar que tendrá su primera edición en 2018.
- Se utilizan las TIC's para el desarrollo e implantación de programas innovadores propios.

Todos estos programas son pioneros y su diseño o datos de eficacia son publicados en revistas internacionales de alto impacto. La descripción de los procesos se encuentra en el Mapa de Procesos, accesible a todas las personas del Servicio a través de la Intranet, alojada en la intranet de la Comunidad de Madrid. El proceso asistencial se organiza para los distintos programas (hospitalización, programas específicos ambulatorios, asistencia ambulatoria en salud mental del niño y del adolescente, atención de interconsulta y urgencias) y se divide en subprocesos transversales (admisión, tratamiento y alta y seguimiento). La asistencia se lleva a cabo mediante guías de práctica clínica y protocolos que se encuentran disponibles para todos los profesionales del Servicio. En los últimos años se ha trabajado en la estandarización de estos subprocesos para los distintos programas, a pesar de que cada uno de ellos mantiene sus características específicas.

El proceso docente también se modifica y se desarrolla en función de las expectativas de los clientes. En los últimos años, ante la creciente demanda de formación en investigación, el Servicio ha participado impartiendo la asignatura de Psiquiatría Infantil en el Máster de Investigación en Salud Mental de la Universidad Complutense. Es importante destacar también las actividades de innovación con proyección internacional, incluida la innovación a nivel científico. Por ejemplo, desde el Servicio se están evaluando nuevas moléculas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y se están coordinando ensayos clínicos no comerciales con financiación nacional y de la Comisión Europea para utilizar nuevos tratamientos para enfermedades mentales huérfanas (para las que no hay aprobado ningún tratamiento) de los menores. La influencia de los GI y el conocimiento derivado de la participación en foros científicos han favorecido el desarrollo de estas líneas de investigación. Profesionales del Servicio participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que permitirá disponer de medicaciones que no están en uso en estos momentos, para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos.

2.1.6 Identificación de productos/servicios.

Las distintas actividades y servicios desarrollados el Servicio y accesibles a los usuarios se incluyen en la Carta de Servicios del Servicio y se detallan también en la página web (www.ua.hggm.es). El SEPNA es un Servicio del sector sanitario, cuya actividad se divide en tres bloques:

1. Actividad asistencial: El Servicio presta asistencia a 3 niveles:

a- Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UADO), que cubre la hospitalización de adolescentes con problemas de salud mental derivados desde 23 hospitales generales de la CM, con una población de referencia de 4.070.643 habitantes. La UADO presta servicios a jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Como unidad de hospitalización breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es estabilizar al paciente y derivarlo a recursos extrahospitalarios donde continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una habitación de seguridad, espacios comunes y una terraza para actividades terapéuticas, de ocio y deportivas.

b- Psiquiatría de enlace en el hospital Materno-Infantil: atención a todos los menores ingresados a cargo de otros Servicios que precisen intervención por nuestra parte e interconsultas de las distintas especialidades que cubren la edad pediátrica.

c- Asistencia psiquiátrica y psicológica ambulatoria, que supone la principal actividad asistencial del Servicio por volumen de pacientes. Se divide en atención ambulatoria general y programas específicos.

c.1- Atención ambulatoria general a niños y adolescentes de la población de referencia de la CM atendida por el HGUGM, que incluye los habitantes de los distritos de Moratalaz y Vicálvaro (212.747 habitantes). La posibilidad de libre elección de médico en la CM ha supuesto que las peticiones de asistencia psiquiátrica ambulatoria en el Servicio se hayan triplicado en los últimos años. Se atiende cualquier patología mental en niños y adolescentes con trastornos mentales mediante evaluación, tratamiento, recomendaciones y atención a familiares a través de un equipo multidisciplinar en Centro de Salud Mental en coordinación con la asistencia educativa y social.

c.2- Programas específicos para personas con patologías mentales específicas, la mayoría de referencia para toda la CM, lo que supone

una población de referencia de 6.454.000 habitantes. Proporcionan atención especializada y multidisciplinar por expertos en las distintas patologías atendidas apoyándose en la estructura de un hospital grande. Se trata de programas pioneros, desarrollados como respuesta a necesidades asistenciales que difícilmente podrían cubrirse en otro tipo de dispositivos, que en muchos casos atienden a pacientes que no estaban incluidos previamente en la atención sanitaria pública. Los programas específicos son:

- AMI-TEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista), un recurso para toda la CM que atiende las necesidades médicas de personas con trastorno del espectro autista (TEA) de cualquier edad. En la actualidad, este programa atiende a más de 2.200 personas con autismo.
- ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia): para menores con problemas de personalidad y riesgo suicida.
- UMERP (Unidad de menores en riesgo psíquico); para menores tutelados con problemas de salud mental.
- PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente): para adolescentes con psicosis y sus familias.
- Neuropsiquiatría y Neuropsicología: para menores con problemas de salud mental y comorbilidad con patología neurológica.
- Genética y salud mental: para atención a problemas de salud mental de personas con patologías genéticas (síndrome 22q11, Prader-Willi, Phelan McDermid, etc.)
- NARSUI: para atención urgente e intensiva al riesgo suicida.
- Programa menor infractor: para menores con medidas judiciales.
- ATIENDE-niños: para menores víctimas de violencia
- Programa de Diagnóstico complejo de Trastornos del espectro del autismo: para diagnóstico de autismo, lo que ha sido identificado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid como una necesidad no cubierta.

2. Actividad docente- Como Servicio integrado en un hospital universitario, se desarrolla en el mismo una gran actividad docente que abarca distintas disciplinas. Se imparten clases y prácticas a estudiantes de medicina, enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional y psicología, además de tener residentes en psiquiatría, psicología y enfermería de salud mental. Además, se organiza docencia postdoctoral en Máster como el *Máster de Introducción a la Investigación en Salud Mental* o el *Máster de Neurociencias*. Para potenciar el aspecto docente, el Servicio tiene convenios con distintas Universidades Nacionales e internacionales como la Universidad de Maryland o la Universidad de California-San Francisco (ambas en EEUU). Profesionales del Servicio Presiden y son vocales en la Comisión de creación del itinerario formativo de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente a nivel nacional.

3. Actividad investigadora- Se trata de una actividad fundamental del Servicio, desarrollada con financiación externa (no dependiente del HGUGM ni de la CM) obtenida al presentar proyectos de investigación en convocatorias competitivas nacionales e internacionales. Los distintos trabajadores del Servicio realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional. En poco más de quince años, el Servicio se ha convertido en referente internacional en varias patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar de inicio temprano y el autismo. Desde el Servicio se ha coordinado y dirigido el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, que integra a 24 centros y más de 400 investigadores. Actualmente se coordina el programa de Neurociencias y Salud Mental del Instituto de Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón y la Red Europea de Neuropsicofarmacología del Niño y el Adolescente (ECAPN). Profesionales del Servicio presiden las organizaciones profesionales más prestigiosas, como el European Congress of Neuropsychopharmacology (ECNP), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) o la Sociedad Española del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

2.1.7 Realización de pruebas piloto.

El Servicio ha participado como pionero en la implementación de programas que luego se han mantenido de manera estable. En este sentido, los programas específicos detallados en 2.1.6 han sido en muchas ocasiones originales y diseñados y testados por los profesionales del Servicio. Se incluye el detalle de varios programas específicos a modo de ejemplo:

-Durante 2016-2017 se ha desarrollado en el Servicio el Programa Piloto de Diagnóstico Complejo de TEA, al detectarse la necesidad no cubierta de apoyar a los especialistas desde un dispositivo de tercer nivel el diagnóstico de casos dudosos. Este programa se ha establecido posteriormente como programa específico del servicio.

-El diseño del programa AMITEA fue publicado en una revista internacional (European Psychiatry) ante la ausencia de programas similares. Tras el primer año de AMITEA se elaboró la primera memoria de resultados, realizándose las modificaciones y los ajustes necesarios para favorecer el desarrollo del mismo. La Coordinadora del programa ha asesorado en la creación de un programa similar en EEUU (UCSF). Asimismo, ha formado parte del grupo de trabajo del Plan de Sanidad de la CM, en el que se ha planteado la generalización de la experiencia de AMITEA a otros centros.

-El programa PIENSA de atención a adolescentes con psicosis se desarrolló primero como un programa de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad. Tras probar su eficacia frente a la intervención control se implementó como un programa específico en la cartera de servicios del Servicio.

-Otros programas como ATRaPA o genética y salud mental también recogen datos de los pacientes en seguimiento y han modificado su funcionamiento y añadido nuevas prestaciones tras la evaluación de las experiencias iniciales. Por ejemplo, el programa ATRaPA incluye desde 2016 los grupos de Familias al Límite (FAL) para padres de pacientes que no quieren acudir a tratamiento tras detectarse la necesidad no cubierta. La eficacia de estos grupos se está testando durante este año.

-El Servicio se ha ofrecido para pilotar distintos aspectos relacionados con la asistencia en el hospital, entre los que se encuentran el sistema de dispensación automática de medicamentos (PIXIS), la utilización de consultas telemáticas para facilitar la asistencia médica a personas con dificultades para acceder al hospital o la evaluación de profesionales mediante el sistema propuesto por el SERMAS. Se han pilotado también iniciativas propias, como la web doctorteo.org, que facilita la asistencia a consultas hospitalarias de las

personas con TEA, que se han implementado posteriormente en otros hospitales tras evaluarse positivamente en nuestro Servicio.

En relación con la investigación, el Servicio desarrolla estudios pioneros en autismo, psicosis de inicio temprano y otras patologías infantiles, con la mayor cantidad de pacientes a nivel mundial participando en algunos de ellos. En relación a tratamientos se han llevado a cabo estudios independientes pioneros relacionados relativos tanto a psicoterapias como a la utilización de fármacos de nuevo uso en psiquiatría infantil como los derivados de pescado en autismo o fármacos utilizados previamente como mucolíticos en psicosis de inicio temprano. En estos momentos se participa, junto con otros centros europeos, en 2 iniciativas pioneras a nivel mundial para el desarrollo de medicamentos, una para los síntomas negativos de la esquizofrenia y otra para promover estudios piloto para tratar los síntomas diana del autismo. Se ha empezado a participar también en un proyecto europeo para promover y facilitar la implementación con garantías de ensayos clínicos en población infanto-juvenil.

En relación a aspectos docentes, el Servicio es pionero en el hospital en la implantación de medidas de evaluación de los profesionales por parte de los residentes. En relación a la docencia de alumnos, se han iniciado experiencias piloto, incluyendo la realización de exámenes interactivos y con medios audiovisuales centrados en la práctica médica.

2.1.8 Certificación específica de productos/servicio.

El Servicio ha obtenido la certificación +500 de EFQM, el sello oro de calidad europea. Este certificado de Calidad está avalado por la AEVAL (dependiente del Ministerio de Hacienda) y por el Club de Excelencia en Gestión. Previamente había conseguido la certificación +300 y +400 tras autoevaluaciones avaladas por evaluadores externos.

Junto con eso, el SEPNA ha sido elegido por el Índice de Excelencia Hospitalaria y el Monitor de Reputación Sanitaria como el mejor servicio de psiquiatría del país de manera continuada. Ambos son instrumentos que evalúan la opinión de múltiples profesionales representativos a nivel nacional y que indican por tanto calidad percibida.

El Servicio está incluido en un entorno hospitalario que está certificado para múltiples actuaciones. Entre otros, el Servicio de Farmacia también cuenta con la certificación +500 de EFQM, la Sección de Urgencias de Pediatría (donde se atiende a los menores con problemas de salud mental hasta los 16 años), ha sido certificado en Gestión de la Calidad por AENOR conforme a la norma ISO 9001:2008 y conforme a la norma UNE 179003, los servicios de laboratorios también se encuentran certificados. El hospital en su conjunto ha pasado su primera autoevaluación EFQM y desde la Gerencia se ha iniciado trabajo de certificación mediante los estándares de la Joint Commission.

En relación a los trabajadores, en los casos en los que es posible incluir las competencias necesarias entre las especificaciones para las contrataciones, se evalúa positivamente la formación clínica específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y la formación en enfermería de salud mental. En los aspectos relativos a investigación, el Servicio es evaluado durante el desarrollo y al finalizar cada uno de los proyectos de investigación competitiva que lleva a cabo. De manera global, al pertenecer al CIBER de Salud Mental, se evalúan sus resultados frente a los estándares de calidad en investigación del CIBER de manera anual.

2.2.- Venta del producto/Prestación del Servicio

2.2.1 Recogida de percepción de clientes de productos/servicios.

Para mejorar los servicios ofertados y los productos elaborados se tienen en cuenta las opiniones de los clientes. Éstas se recogen mediante:

- la comunicación directa con clientes internos y externos.
- las quejas o sugerencias al Servicio de atención al Paciente.
- las encuestas de satisfacción se encuentran disponibles en el mapa de procesos y los resultados, tendencias y áreas de mejora identificadas tras su análisis en el criterio 3 de esta memoria. Hay distintas encuestas, dirigidas a nuestros clientes externos e internos:
 - a) familiares de pacientes ingresados en la UADO
 - b) familiares de pacientes atendidos en los CSM
 - c) residentes de psiquiatría (MIR), psicología (PIR) y enfermería (EIR)
 - d) alumnos de medicina (Docencia)
 - e) profesionales de los distintos centros de salud mental
 - f) profesionales de hospitales de día
 - g) profesionales de centros de menores
 - h) profesionales de otros servicios del hospital
 - i) los propios profesionales del servicio (Font Roja, encuesta de clima laboral)
 - j) -la coordinación clínica en distintos foros.
- en el caso de los resultados derivados de la investigación, la publicación de los mismos en revistas científicas internacionales de impacto en las que existe evaluación de la calidad científica por pares. El factor de impacto y el número de citas son medidas de la percepción de la calidad de la investigación por parte de la comunidad científica. Los pdf de los artículos científicos publicados por profesionales del Servicio se encuentran alojados en la página web. Se reportan en el criterio 3 los resultados tanto de las distintas encuestas de satisfacción como de la productividad científica.

2.2.2 Grado de conocimiento del personal de procesos e indicadores relacionados con la satisfacción del cliente.

El elevado grado de implicación de las personas del Servicio con la calidad se objetiva por el alto grado de participación en las encuestas de satisfacción del personal, la elevada participación en los grupos y el desarrollo de múltiples actividades y programas por personal de distinta cualificación.

Los responsables de los distintos procesos son los responsables de la monitorización de los indicadores y de la evaluación periódica de los mismos. Los responsables de procesos y de los grupos de calidad tienen reuniones periódicas con el Jefe de Servicio y la Coordinadora de Calidad para revisar los objetivos e indicadores del Plan Estratégico, las Cartas de Servicios y el

Pacto de Objetivos con la Dirección Médica del hospital.

La monitorización de los indicadores con el resto de las personas del Servicio se hacen en las reuniones de los distintos programas, de los grupos de calidad y en las reuniones trimestrales de gestión, a las que están convocadas los trabajadores de todos los turnos del Servicio. El grupo de Resultados y el de Satisfacción reportan de manera periódica en las reuniones trimestrales los indicadores del calidad respecto a la satisfacción de los clientes.

2.2.3 Proceso de control de la venta.

El Servicio analiza de forma sistemática un conjunto de indicadores y de resultados relacionados directamente con los procesos del Servicio y con la gestión, por ejemplo los provenientes de la explotación de datos de historias clínicas, datos de clientes, de los empleados, económicos, comparaciones con otras unidades hospitalarias, etc.

La dinámica de análisis se lleva a cabo sistemáticamente mediante los mecanismos de dirección, coordinación y seguimiento explicados en el criterio 1. Asimismo, el despliegue del Plan Estratégico contempla una serie de indicadores que permiten monitorizar el grado de consecución de los objetivos estratégicos.

El control de los procesos se establece a varios niveles. A nivel asistencial, de forma semanal o quincenal, dependiendo del programa, se realizan reuniones de actividad de cada uno de los programas específicos entre los participantes en los mismos. Estas reuniones se complementan con reuniones con otros servicios (por ejemplo neuropsiquiatría, genética) con las que hay objetivos estratégicos comunes. Mediante estas reuniones se comprueba el desarrollo adecuado de la actividad, la adscripción a prácticas clínicas adecuadas, etc. Con periodicidad bimensual se reúnen los grupos de calidad, que hacen el seguimiento de indicadores que atañen a varios programas específicos y con periodicidad trimestral tiene lugar la reunión de coordinación del SEPNA en la que se revisan los indicadores a nivel global. A nivel de investigación el proceso es similar, con reuniones periódicas de todo el grupo 2 veces a la semana que se complementan con reuniones semanales o quincenales de cada uno de los proyectos, siendo el resto de la sistemática referida a las reuniones de grupos de calidad similar.

El servicio tiene un cuadro de mando en el que se recogen datos de actividad a distintos niveles de forma sistemática y que sirve de guía para la monitorización de las acciones en los distintos momentos. Parte de los indicadores del cuadro de mando son proporcionados directamente por el hospital, mientras que otros provienen del Instituto de Investigación Sanitaria del hospital y otros son recogidos directamente por profesionales del Servicio.

Se tienen en cuenta las relaciones de alianzas y se detectan las necesidades para complementar las capacidades del Servicio. Un buen ejemplo es la iniciativa de recabar fondos europeos para reforzar la capacidad dedicada a proyectos de investigación. El Servicio ha realizado publicaciones conjuntas con 258 centros internacionales, 94 en 2017, incluyendo los de mayor prestigio a nivel mundial (Harvard, Oxford, Cambridge, Hopkins, UCLA, UCSF, etc.). Las particularidades de nuestra organización (a nivel de actividades, población y estructura del Sistema sanitario), hacen difícil la comparación con otras organizaciones. Las comparaciones internacionales son especialmente complicadas al ser muy distintos los sistemas sanitarios en los distintos países (el nuestro público, gratuito y con cobertura universal). No obstante, se han promovido distintos ejercicios de benchmarking, entre los que se encuentran:

1) En 2004, promovido y coordinado por el Jefe de Servicio, se editó el Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que ha permitido tener una visión más global de la evolución de la gestión y de los recursos comparativos por Comunidades Autónomas. Esta publicación se ofrece de forma gratuita a toda la comunidad profesional (<http://catedra.psiquiatriainfantil-fundak.es>).

2) Desde entonces, se han promovido comparaciones directas de indicadores de asistencia e investigación con los 2 Servicios de Psiquiatría del Niño y el Adolescente más importantes del país, el Hospital Clinic i Provincial de Barcelona y el Hospital Niño Jesús de Madrid, que están disponibles para 2015 y 2016 (criterio 9).

3) A nivel de eficacia, se ha medido la utilidad del programa PIENSA (programa psicoterapéutico específico para el tratamiento de adolescentes con psicosis) mediante comparación ciega con el programa de tratamiento habitual. Los resultados, que demuestran la superioridad de PIENSA, han sido publicados en 2 artículos científicos en la revista de psiquiatría infantil más prestigiosa del mundo.

4) Se midió la utilidad del programa AMITEA (de atención a pacientes con autismo) mediante comparación directa con la asistencia al autismo llevada a cabo en otras 2 ciudades que no disponen de este programa (Sevilla y Oviedo). Los pacientes tratados en AMITEA presentaban mayor calidad de vida y menor número de complicaciones médicas, uso de medicación y costes derivados de las patologías de base.

Anualmente, y muy especialmente al final del periodo estratégico, se realiza una revisión y análisis del conjunto de informaciones e indicadores existentes y de los procesos del sistema de gestión, atendiendo también a las experiencias de ese periodo. La evaluación y revisión se lleva a cabo en función del grado en que la información utilizada en la formulación del plan ha sido necesaria y suficiente para cubrir las necesidades de planificación y los procesos de decisión de la Dirección. Algunos ejemplos de mejora en los últimos años son: *preparación del Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, formalización y mejora de los mecanismos de relación con los Grupos de Interés, innovaciones en tecnología, sistematización de los mecanismos de dirección y seguimiento, captación de tendencias y nuevos escenarios a través de la participación externa, etc.*

2.2.4 Utilización de tecnologías de la información para mejorar la venta.

El Servicio utiliza las fuentes mencionadas de intercambio con las referencias externas y otras que provienen de los contactos del Servicio de Informática, para identificar y analizar el impacto potencial de las nuevas tecnologías en los servicios y en el rendimiento de la organización. De hecho, muchos de los servicios ofertados se benefician de la innovación y de las nuevas tecnologías. Se incluyen ejemplos en la tabla 2.2.a.

Tabla 2.2.a TECNOLOGÍA, MEJORAS INNOVACIONES

- **Sistema de prescripción electrónica.** La Unidad de Hospitalización del SEPNA pilotó voluntariamente para el Hospital el sistema de prescripción electrónica. El proceso de implantación incluyó formación del personal médico y de enfermería en el manejo del software y el dispensador de medicación PIXIS (primer servicio en utilizarlos, piloto en el Hospital). Tras la implantación se inició un sistema de consulta y se organizaron reuniones para recoger los defectos y las sugerencias de mejora. Como resultado se dispone de un sistema adaptado a las necesidades específicas del Servicio que maximiza la seguridad del proceso de gestión de medicación. Se está valorando su implantación en consultas externas del Servicio.
- **Aplicaciones telemáticas.** Se utilizan aplicaciones telemáticas de última generación mediante sistema GRID que permiten la captura centralizada de datos de los centros participantes en estudios multicéntricos.
- **Desarrollo de software propio.** Se ha desarrollado un software propio para gestionar las citas de los pacientes. Desarrollo de programas innovadores (de los cuales hemos registrado la Propiedad Intelectual) que son referente internacional como AMI-TEA, Doctor TEA o PIENSA. Reciente implantación de la telemedicina (servicio pionero en toda la Comunidad de Madrid) que reduce tiempos de desplazamiento, abarata costes y permite realizar consultas sin que los pacientes ni sus familias tengan que salir de su domicilio.
- **Pioneros en uso de HC en Psiquiatría.** El uso de la historia clínica electrónica, facilita la comunicación entre profesionales e integra la información de los pacientes (primer Servicio en utilizarlo en el Departamento de Psiquiatría). A petición de los trabajadores del Servicio se creó un espacio propio para los facultativos del mismo en la historia electrónica en el que poder incluir información clínica sensible, limitando de esta manera aún más el acceso a la misma y reforzando la confidencialidad. Otro área de mejora detectada, en relación a mejorar la capacidad de solicitar pruebas, ha permitido que ya podamos solicitar pruebas genéticas, lo que antes solo era posible para los servicios de genética clínica y neurología.
- **Uso de dispositivos de asistencia telemática** (telemedicina en la consulta de pacientes con autismo) para evitar desplazamientos al hospital a pacientes con especiales dificultades.
- **Página web y twitter.** El uso de la página web para informar a los pacientes, familiares y sociedad sobre nuestros servicios (En 2017 hubo 33.408 visitantes únicos a la web y fueron 49.332 las páginas vistas pertenecientes al Servicio). El número de seguidores en twitter se incrementa cada año.
- **Ordenadores. Conexión.** Todos los despachos de consultas cuentan con ordenadores conectados con Intra e Internet. Esto permite el acceso a los historiales de los pacientes, resultados de analíticas, recepción de pruebas de imagen del hospital materno infantil, etc. En la Unidad de Hospitalización hay también un ordenador en el office de enfermería y una impresora digital en el control de enfermería, dónde se imprimen las hojas de prescripción electrónica.
- **Espacio específico en la intranet.** Disponemos de un espacio en intranet específico para el Servicio accesible desde cualquier ordenador del personal, lo que permite tener documentos, presentaciones, artículos que los trabajadores pueden salvar y utilizar cuando necesiten.
- **Desarrollo de programas innovadores,** tanto asistenciales como de investigación (programa de primeros episodios psicóticos en adolescentes, ensayos clínicos independientes en niños y adolescentes con autismo o psicosis, entre otros), que son referente internacional.

La gestión de la tecnología la llevan a cabo los servicios centrales del Hospital, pero el Servicio promueve la innovación tecnológica en la medida de sus posibilidades, siendo pionero en el uso de nuevos sistemas. El Departamento responsable del Hospital realiza un continuo seguimiento del sector para identificar nuevas tecnologías, estando siempre atento a las novedades y a su posible aplicación, beneficios y viabilidad. La Dirección y los profesionales del Servicio contribuyen aportando información sobre novedades y necesidades.

Para el mantenimiento y actualización de la tecnología se tiene contacto periódico y fluido con mantenimiento e informática del Hospital. No obstante, además de la tecnología aportada por el Hospital, hemos comprado ordenadores, hemos sido pioneros en la utilización de la historia electrónica y la personalización de la misma permitiendo ocultar datos sensibles, en la utilización de la prescripción electrónica y las consultas de telemedicina, en la utilización de la web para desensibilización y la facilitación de las consultas (doctortea.org), para la resolución de problemas en programas concretos (ATraPA) a través de correo electrónico, uso de redes sociales, documentación de interés y recursos de forma gratuita en nuestra página web, impartir clases en máster virtuales con material interactivo, recogida de datos de investigación, etc.

El Servicio también promueve y gestiona otros recursos tecnológicos relacionados con la asistencia y la investigación. Se está trabajando en desarrollos tecnológicos diversos (web doctortea.org, apps para pacientes con psicosis). También se desarrollan fármacos, de manera independiente a la industria farmacéutica, para tratamiento de enfermedades mentales graves (ácidos omega 3 para autismo o alto riesgo de psicosis, N-acetilcisteína para psicosis...).

La página web del Servicio, incluida en la web del Hospital, recoge información para profesionales, pacientes, familiares y sociedad sobre nuestros servicios. Recoge objetivos, funcionamiento y resultados de los distintos programas del Servicio. Incluye la Misión, Visión y Valores así como las Cartas de servicio. Tiene también información sobre últimas noticias del Servicio, patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes, familiares y estudiantes.

2.3.- Garantía y Soporte

2.3.1 Utilización de la información del cliente para mejorar productos/servicios.

Para la elaboración del Plan Estratégico se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés (subcriterio 2.1.5). Varias líneas estratégicas del PE 2016-2019 están directamente basadas en necesidades específicas expresadas por los grupos de interés. Si como consecuencia de la implantación de alguna acción es necesario realizar cambios en los procesos o protocolos o crear nuevos, estos cambios se llevan a cabo para responder a las necesidades de implantación del Plan. En este sentido, se realizan cambios estructurales, organizativos o de infraestructuras, se planifican los presupuestos y se buscan fuentes de financiación y ayudas para reforzar la capacidad del Servicio en cuanto a RRHH de las especialidades requeridas y recursos físicos o tecnológicos. Como ejemplos de lo anterior:

- Se ha conseguido financiación mediante proyectos de investigación e intensificaciones para contratar personal de investigación, aumentando de forma significativa la plantilla del Servicio.
- Se ha buscado financiación privada para mejorar las infraestructuras construyendo una terraza en la UADO para deporte, ocio.
- Se ha modificado la estructura organizativa del Servicio con la creación de nuevos programas específicos para adaptarla a las necesidades cambiantes del entorno.

Existen una serie de mecanismos para detectar y gestionar las oportunidades de innovación y mejora de los procesos, particularmente los asistenciales. Esto se ha centrado en los últimos años en varios aspectos, entre los que destacan:

1) desarrollar y estandarizar los programas específicos (LE 5, Plan Estratégico 2016-2019), orientada a consolidar programas pioneros específicos de atención a pacientes con determinadas necesidades (AMI-TEA, PIENSA, ATraPA, UMERP) y crear programas nuevos como el Programa de Diagnóstico Complejo de TEA. Alguno de los indicadores hace mención al desarrollo de proyectos colaborativos con asociaciones de familiares y de pacientes.

2) desarrollo de protocolos concretos a medida que se detecta su necesidad. Ejemplos recientes: *Protocolo de actuación en la atención de menores con padres separados o divorciados y patria potestad compartida, guías terapéuticas para primeros episodios psicóticos y trastorno obsesivo-compulsivo*. Estas mejoras son referencias pioneras que se han publicado y de cuyos programas se ha registrado la propiedad intelectual.

3) la mejora de la Unidad de Hospitalización orientada a facilitar el tratamiento y la estancia de los pacientes ingresados al detectarse que es una prioridad para los pacientes y familiares en las distintas evaluaciones mejorar las condiciones físicas del entorno de tratamiento.

2.3.2 Procesos de atención al cliente y posventa.

Los procesos operativos, tanto el asistencial como el de investigación y el docente, están orientados a la atención al cliente. El proceso asistencial se organiza en los distintos programas, desarrollados y disponibles en el mapa de procesos del Servicio. Cada uno de esos programas asocia indicadores, cuyo seguimiento se organiza desde el cuadro de mando. Se incluye como ejemplo el proceso asistencial en la UADO, en el que los indicadores van ligados a la estancia media o el IEMA (figura 2.2.a.). Cada uno de los programas del Servicio tiene desarrollado el proceso de atención, al igual que lo están el proceso docente y el de investigación, también ligados a indicadores.

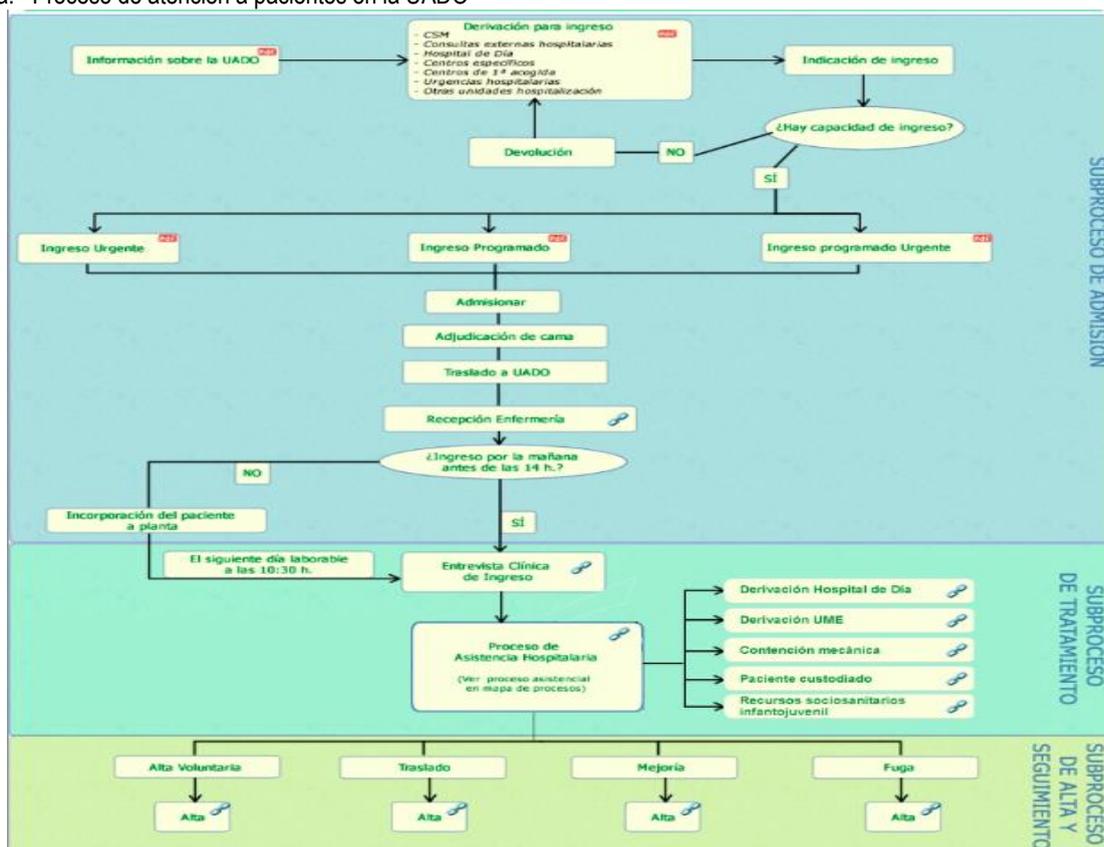
Los cuestionarios de satisfacción en la UADO se pasan al final del ingreso. Se evalúa la coordinación en relación a los pacientes con los profesionales de otros recursos de salud mental (CSM, Hospitales de Día, Centros de Menores) y con los profesionales de otros Servicios del hospital con las encuestas de satisfacción bianuales y cada vez que hay coordinación por casos. De la evaluación de esas encuestas se derivan planes de mejora como los relativos a enviar los informes de alta a los CSM, informar de los pacientes de su área atendidos aunque no hayan estado en tratamiento previo con ellos u organizar sesiones de puertas abiertas para favorecer el conocimiento mutuo y la coordinación (ver resultados y áreas de mejora en criterio 3).

Uno de los aspectos de mejora más relevantes tiene que ver con la coordinación del Servicio con la Atención Primaria y con la red de Salud Mental infanto-juvenil de la CM. La LE 5 del Plan Estratégico 2016-2019 hace referencia a *Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación y satisfacción de otros recursos con el servicio*. Dentro de ella se incluyen los siguientes aspectos, cada uno de ellos con acciones estratégicas asociadas:

- Mejorar la integración con Atención Primaria
- Mejorar la continuidad de los cuidados
- Mejorar la integración entre UADO y los CSM de referencia, los Hospitales de Día y los centros de menores
- Mejorar la coordinación del Servicio con otros Servicios del hospital
- Mejorar la integración con dispositivos de servicios sociales y educación
- Mejorar la comunicación con asociaciones de familiares

Uno de los aspectos fundamentales es la mejora de la continuidad de cuidados. Se está desarrollando en el Servicio el Programa de continuidad de cuidados y se ha adaptado el documento propuesto al efecto por la Oficina de Salud Mental de la CM para facilitar la misma, ya que nos coordinamos en la práctica totalidad con los recursos de asistencia a menores y a pacientes con discapacidad de la CM.

Figura 2.2.a. Proceso de atención a pacientes en la UADO



2.3.3 Asesoramiento a clientes sobre uso responsable de productos/servicios.

Toda la información relativa a los distintos servicios y programas específicos del Servicio está disponible de manera libre en la página web del Servicio. Se incluyen los:

- criterios de inclusión en los programas
- materiales para pacientes
- memorias tanto del Servicio como de programas específico como AMITEA.

En las distintas consultas ambulatorias y durante el ingreso en la UADO se resuelven dudas acerca de los recursos disponibles adecuados para cada caso. En la UADO se llevan a cabo por enfermería de tarde asambleas con los pacientes en las que se resuelven dudas sobre el funcionamiento del servicio. A los padres de menores ingresados se les facilita un documento con información para familiares en el que se explica el funcionamiento básico de la Unidad y se resuelven las dudas más frecuente. Junto con eso, se llama a diario para facilitar información sobre el ingreso y se dan citas presenciales siempre que sea preciso y al menos una vez en semana, además de al ingreso y al alta. Se lleva a cabo además semanalmente un grupo de padres de chicos ingresados en el que resolver las dudas sobre el uso de los servicios es también un tema fundamental.

La información médica es fundamental en el caso del trabajo con menores. Cada uno de los procedimientos médicos, como la toma de tratamientos farmacológicos o la realización de procedimientos diagnósticos, incluye como parte fundamental la información acerca de los mismos y, cuando es pertinente, el consentimiento informado escrito. En el Mapa de Procesos del Servicio se incluyen los distintos documentos informativos y los consentimientos informados que han sido revisados y aprobados por el hospital.

Junto con el asesoramiento clínico, en algunas situaciones interviene también trabajo social para informar acerca de recursos sociales o realizar las derivaciones pertinentes.

2.3.4 Sistema de seguridad de la información de clientes.

La información que se maneja en el Servicio se puede dividir fundamentalmente en cuatro subgrupos: *información clínica*, *información clínica personalizada*, *información de gestión* y *gestión del conocimiento*. La gestión de los datos se realiza según el programa de Documentación Clínica. La administración, el acceso y la explotación de los datos contenidos en la Historia Clínica (HC) se rigen por la legislación vigente: la Ley de Protección de Datos (LOPD 15/1999) y la Ley Básica de Autonomía del Paciente.

La información referida a cada paciente ingresado o visto en consultas externas queda registrada en la Historia Clínica personalizada según modelo estandarizado implantado en todo el hospital. Algunos documentos, como la hoja de valoración al ingreso de enfermería o los consentimientos informados, se han adaptado a la población infantil y adolescente por parte de los profesionales del Servicio. La información de la historia clínica sirve el propósito de garantizar la asistencia y continuidad de cuidados del paciente. La estructuración de los datos, modelos de recogida de información, aplicaciones y normativa referida a la explotación de los datos contenidos en la misma, se rigen por procedimientos generales aplicables a todo el hospital recogidos en el Reglamento de Historias Clínicas, documento que se

actualiza periódicamente y que se ajusta a la legislación vigente y el Reglamento de Archivo Central, lugar donde se almacenan y custodian. El Servicio ha definido su propio sistema de organización de los documentos en la historia, con el propósito de facilitar el uso de la misma mientras el paciente permanece en tratamiento y garantizar una rápida localización de los mismos por los profesionales autorizados.

Toda HC archivada debe incluir el informe de alta del paciente, que recoge los procedimientos, evolución y diagnóstico clínico referidos al proceso que motivó el ingreso, según un modelo estructurado, e incluye el juicio diagnóstico según el modelo multiaxial en 6 ejes propuestos en la clasificación diagnóstica CIE-10 en el que se reflejan tanto los distintos diagnósticos médicos, como la capacidad intelectual, el funcionamiento general y las situaciones psicosociales.

Se creó una base de datos de pacientes hospitalizados a propuesta por los trabajadores y como una iniciativa de mejora, con información de variables sociodemográficas, diagnóstico, características clínicas y familiares, datos terapéuticos, evolutivos, de derivación, etc. La introducción y explotación de datos es responsabilidad de los facultativos y cumple la LOPD. La información es susceptible de ser empleada además con finalidades de gestión y mejora del Servicio y de los procesos para docencia, investigación y comunicación con agencias externas (reuniones de coordinación). Está anonimizada siguiendo las directrices de la Comisión de Ética Clínica del Hospital. Para hacer más útil la información, los facultativos han realizado reuniones de consenso para la utilización de una herramienta clínica (HoNOSCA), que permite cuantificar la mejoría derivada del ingreso en diferentes aspectos clínicos.

El equipo multidisciplinar utiliza las herramientas de gestión facilitadas por el Hospital y la CM, pero además innova y desarrolla sus propios sistemas para mejorar los sistemas de trabajo y la atención al paciente. Ejemplos en tabla 2.2.a. El creciente número de estudios y de pacientes y la complejidad para las citas y el seguimiento, ha hecho que se contratara con una empresa externa la confección de un programa que realiza alertas cuando se tiene que citar a un paciente. Además, para los estudios multicéntricos tenemos aplicaciones telemáticas de última generación, sistema GRID, que permiten la captura centralizada de datos entre los centros participantes (ver pestaña de plataformas en www.cibersam.es).

Los profesionales del Servicio han desarrollado programas innovadores de los cuales se ha registrado la Propiedad Intelectual, que son referente internacional como AMI-TEA, Doctor TEA o PIENSA. La reciente implantación de la telemedicina (pionero en psiquiatría en toda la Comunidad de Madrid) es también una innovación relevante, a propuesta del Hospital pero desarrollada en nuestro Servicio, que reduce tiempos de desplazamiento, abarata costes y permite realizar consultas sin que los pacientes ni sus familias tengan que salir de su domicilio.

Como muestra de su compromiso con el medio ambiente, el Servicio lleva a cabo iniciativas como el reciclaje de papel y pilas, y en las actividades de terapia ocupacional se utiliza material reciclado. La gestión de residuos externos e internos así como el reciclaje en el Servicio se realiza, como en el resto del Hospital, siguiendo la regulación en materia de residuos sanitarios (Ley 10/1998 de Abril de Residuos y Decreto 83/1999 de 3 de Junio). Desde el Servicio se promovió la certificación medioambiental, con lo que se consiguió la certificación de todo el Hospital con la ISO14000. Además, se ha obtenido la acreditación en la Red de Hospitales sin humo en la categoría plata. En nuestra UADO, a diferencia de las de adultos, no se permite fumar desde su inauguración en el año 2000 cuando por ley aún era posible hacerlo.

2.3.5 Búsqueda de diferenciación y fidelización de clientes por la Organización.

El Servicio ha considerado desde el principio el compromiso con la humanización de la asistencia y la exigencia en seguridad como dos elementos clave con los que diferenciarse y promover la fidelización de sus clientes. Las aportaciones de los profesionales del Servicio son muy beneficiosas en la mejora de instalaciones y medios. Su aportación de datos objetivos a la Dirección sobre la necesidad de recursos e instalaciones y la correcta gestión en la solicitud de los mismos han supuesto que en la actualidad el Servicio, y en concreto la Unidad de Hospitalización, se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente, tanto por las mejoras en las infraestructuras como en la gestión de la seguridad (grupo de seguridad, participantes en la unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del Hospital, etc...).

En cuanto a los materiales, aunque son gestionados y proporcionados por el Hospital, el Servicio realiza el estudio y solicitud de materiales didácticos y terapéuticos adecuados para esta población. Entre la dotación de material para juegos se han solicitado pelotas de espuma, ping-pong, bolos, juguetes para menores con déficits cognitivos graves, etc. También se han conseguido otros muchos con fondos externos, como el fútbolín, bicicletas estáticas, ping-pong, sillones de masaje para personas con discapacidad intelectual, etc., considerando la necesidad de los mismos en orden a una mejora de la calidad asistencial para el objetivo fundamental del servicio y siempre conforme a lo recogido en la misión, visión y valores del servicio. Las alianzas con Asociaciones sin ánimo de lucro o Fundaciones privadas han sido la base de estas mejoras.

En línea con la LE 4, *Mejorar la seguridad del paciente* se creó un grupo de trabajo específico para este fin, y se han mejorado las instalaciones hasta conseguir una Unidad de Hospitalización líder en seguridad para población psiquiátrica adolescente, para las visitas y para los trabajadores. El Servicio de seguridad del Hospital revisa periódicamente la seguridad de las instalaciones y comprueba que todo esté de acuerdo a la normativa vigente. Las mejoras en seguridad en la UADO se incluyen en la tabla 2.2.b.

Los profesionales del Servicio también contribuyen constantemente a mejorar la seguridad de las instalaciones. Cuando en las evaluaciones trimestrales o de manera puntual se ha identificado la seguridad como una preocupación, se han convocado Gabinetes de Crisis para dar respuestas concretas y promover mejoras. A pesar de ello, la seguridad de los trabajadores sigue siendo una

preocupación continua por las agresiones al personal, que se mantienen en niveles altos en relación a la complejidad psicopatológica de los casos que se atienden, que en los últimos años ha aumentado al incrementar los ingresos de pacientes con retrasos cognitivos y alteraciones de conducta asociados. La gestión de mantenimiento del Servicio se lleva a cabo también de forma centralizada por el servicio del Hospital. La Supervisora de Enfermería comunica la necesidad del servicio de mantenimiento cuando se producen desperfectos en las instalaciones y registra las incidencias.

Además de seguridad, el Servicio debe proporcionar un ambiente adecuado, amable y terapéutico. Para ello, de acuerdo con la LE 2, objetivo 5: *Mejora de la humanización de la asistencia*, trabajamos en que las distintas dependencias sean acogedoras y que los pacientes cuenten con espacios de espera y de asistencia adecuados, en los que realizar actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales. En este sentido, en 2015 y 2016 se han realizado experiencias de Terapia con perros en el Servicio, con muy buena acogida por parte de pacientes, familias y profesionales.

Para evaluar la adecuación de las instalaciones se cuenta fundamentalmente con dos métodos: indicadores de seguridad y de incidentes críticos y encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales para evaluación de la comodidad y adecuación.

Ejemplos de mejoras recientes son:

- 1) Construcción una terraza cubierta en las instalaciones de la UADO como espacio de expansión y juego.
- 2) Con el propósito de humanizar la UADO, se ha pintado toda esta Unidad.
- 3) Se han remodelado los baños y zonas comunes con colores y diseños especialmente seleccionados teniendo en cuenta las características de los pacientes ingresados.
- 4) Se ha cambiado y renovado material en las habitaciones y espacios comunes.
- 5) Para el programa AMI-TEA, inicialmente ubicado en consultas externas, se necesitaba un espacio que facilitase la espera en un ambiente adecuado y tranquilo, tanto las consultas como para las evaluaciones. Tras presentar informes se ha conseguido reubicar.
- 6) Las últimas adquisiciones de la UADO en cuanto a juegos (por ejemplo la wii) se han realizado tras preguntar a los pacientes sus preferencias. Todo se ha hecho sin coste para el Hospital con fondos de Fundaciones privadas.

Tabla 2.2.b CARACTERÍSTICAS Y SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN (UADO)

Características de las infraestructuras, mobiliario y sistemas asociados

- Mobiliario de máxima seguridad en todas las instalaciones de la Unidad.
- Fijación de camas, mesillas y taquillas para evitar incidentes.
- Puertas de seguridad en las habitaciones, de forma que sea posible la salida de la habitación en cualquier momento (para momentos de emergencia) pero no la entrada a la misma. La puerta de acceso a la Unidad no cumple estas características sino que permanece constantemente cerrada, aunque si se activa la señal de incendio se abre automáticamente.
- Colchones ignífugos en todas las habitaciones, detectores de humo y sistema contra incendios.
- Cámaras de seguridad en todas las habitaciones, incluida la de reflexión, y pasillos. A petición del grupo de seguridad, estas cámaras, que antes estaban sólo en algunas habitaciones, se han mejorado, siendo ahora más pequeñas y con sistema de infrarrojos para control nocturno, y están ahora situadas en todas las habitaciones.
- Sistemas de seguridad en los cuartos de baño, como espejos irrompibles y duchas empotradas para evitar la posibilidad de suicidio mediante cortes o ahorcamiento. En el año 2010 se retiraron los toalleros por recomendación del grupo de mejora de seguridad.
- Ventanas clausuradas, con sistema de persianas especialmente diseñado para detectar restos de vómitos alimenticios y cristales blindados con persiana entre el doble cristal. Ausencia de barras y cortinas.
- Armario con herramientas para casos de emergencia, como llaves, palancas, etc.
- Botones de alarma en todos los despachos.
- Dispositivos personalizados de alarma para personal de enfermería.
- Disponibilidad de un guarda de seguridad en recepción perteneciente al hospital, que acude a la Unidad de Hospitalización en casos de necesidad.
- Se detectó por el grupo de seguridad la conveniencia de tener una salida extra en caso de emergencia. Se ha construido en 2013.
- Se ha proyectado salida de emergencia para la terraza, solicitada en espera de ejecución.

La Unidad ha sido líder en la implantación de muchos sistemas de seguridad, como por ejemplo en lo siguiente:

- Sistema de apertura de las puertas
- Sistema de aislamiento de la habitación de reflexión
- Sistema de prescripción electrónica que evita errores de administración de medicación.
- Sistema de circuito cerrado de tv
- Avisadores de personal de enfermería, botones de pánico en todos los despachos

Grupo de mejora y cambios

En una de las autoevaluaciones EFQM, el tema de la seguridad fue identificado como un tema preocupante para los trabajadores por lo que desde entonces existe un grupo de trabajo formado por 5 profesionales voluntarios del Servicio. Una de las psiquiatras del servicio es también uno de los referentes de seguridad y miembro de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Criterio 3. RESULTADOS EN LOS CLIENTES, PERSONAS Y SOCIEDAD

Ámbito y relevancia. Los resultados que se presentan corresponden a los indicadores que contribuyen a la consecución de la misión y las acciones estratégicas del Servicio, que responden a las necesidades y expectativas de todos sus GI. Se incluyen los relativos a clientes, personas de la organización y sociedad.

Fiabilidad, oportunidad y precisión. Los resultados provienen de fuentes propias y externas que se realizan de acuerdo con procedimientos auditables y que cumplen con la normativa vigente. Las medidas son en todos los casos precisas, ya que se fundamentan en unidades o parámetros totalmente homologados.

Segmentación. Objetivos. Comparación. Los resultados se miden y analizan de forma segmentada por tipología de grupos de interés, por conceptos y por la tipología de los servicios, dependiendo del tipo de datos. No se presentan todos por espacio, pero están disponibles. En lo que respecta a objetivos, el Servicio tiene claramente establecidos los objetivos de alto nivel y realiza un seguimiento de su grado de cumplimiento. No obstante, hay indicadores en los que por su índole, no deben fijarse metas específicas, por ejemplo los que dependen del exterior. Hay datos comparativos dependiendo de la disponibilidad externa.

Confianza en la sostenibilidad basada en las relaciones causa-efecto entre Agentes y Resultados. Los resultados tienen una total vinculación con los procesos, programas y prácticas del Servicio, y con la mejora de los medios internos y las colaboraciones. Esto se trata de evidenciar específicamente mediante las referencias cruzadas. Se conocen las relaciones causa-efecto entre las decisiones y acciones tomadas y los resultados conseguidos.

3.1.- Medidas de percepción

Se reportan los resultados relativos a clientes, a personas de la organización y a la sociedad.

3.1.1- Medidas de percepción en clientes

A) SATISFACCIÓN DE USUARIOS.

Al ser nuestros usuarios menores de edad, se evalúa la satisfacción de sus familiares o tutores legales. Desde 2017 se evalúa la satisfacción con la UADO y desde 2017 se ha incorporado también la satisfacción con los CSM. Escala: 1 - 10. Índice de respuesta: en torno al 50%, por lo que consideramos que las puntuaciones son representativas del conjunto (tablas 3.1.a y 3.1.b).

Análisis: Las puntuaciones se analizan en las reuniones de gestión. Todos los resultados se encuentran por encima de 8 puntos, y la mayoría sobrepasan el 9, lo que consideramos un resultado excelente (Objetivo media: 9 puntos). El ítem con menor puntuación en 2016 es: *adecuación de las condiciones físicas*. Los ítems con menor puntuación en 2017 son *competencia de enfermería y puntualidad en las citas*.

Mejoras: Como consecuencia de esos resultados, en 2016 se identificó como área de mejora el mobiliario de mejor calidad y adaptado a las necesidades de los adolescentes que no se deteriore y que no sea susceptible de usarse para conductas autolíticas, lo que ha aumentado las puntuaciones en este ítem. Otra mejora en el entorno es el programa Doctor TEA (www.doctorteas.org) que permitirá a los usuarios de AMI-TEA familiarizarse mediante la web con los distintos profesionales, localizaciones, instrumental y procedimientos previamente a acudir a las citas al hospital. En 2017 se ha reforzado el proceso de acogida a profesionales temporales para mejorar su competencia y se ha reforzado el sistema de citas.

Tabla 3.1.a ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES UADO

| Tema de la Pregunta | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|-------------|------------|-------------|---------------|---------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción | 9,14 | 9,01 | 9,13 | 9,34 | 9,27 | 9,25 | 9,48 | 9,45 | 9,65 | 9,18 | 9,23 |
| Competencia profesional de Psiquiatras | 9,52 | 9,64 | 9,61 | 9,62 | 9,59 | 9,63 | 9,76 | 9,65 | 9,89 | 9,6 | 9,56 |
| Competencia profesional de Psicólogo | 9,5 | 8,95 | 9,33 | 9,34 | 7,1 | 9,38 | 9 | 8,68 | 8,52 | 9,06 | 9,46 |
| Competencia profesional de Trabajadora social | 9,03 | 8,96 | 9,2 | 9,1 | 7,14 | 9,06 | 9,38 | 8,50 | 8,17 | 9,06 | 9,53 |
| Competencia profesional de Enfermería | 9,14 | 9,63 | 9,69 | 9,59 | 9,59 | 9,51 | 9,64 | 9,50 | 9,42 | 9,52 | 8,36 |
| Apoyo y ayuda a los familiares y tutores | 8,89 | 8,86 | 8,65 | 8,54 | 8,73 | 8,62 | 9,22 | 8,96 | 9,3 | 8,54 | 8,71 |
| Adecuación en la orientación y derivación | 8,96 | 8,94 | 8,8 | 8,83 | 8,93 | 8,85 | 9,27 | 9,19 | 9,6 | 9,0 | 8,53 |
| Puntualidad en las citas | 9,22 | 8,95 | 8,99 | 8,82 | 8,79 | 7,75 | 9,28 | 9,35 | 9,46 | 8,7 | 8,08 |
| Adecuación de las condiciones físicas | 8,44 | 8,08 | 8,09 | 8,23 | 8,37 | 8,41 | 8,67 | 8,57 | 9,10 | 8,15 | 8,36 |
| Puntuación global Unidad Hospitalización | 9 | 9,02 | 8,92 | 8,93 | 9,01 | 9,2 | 8,6 | 8,6 | 8,88 | 8,75 | 8,74 |
| Media de puntuaciones (Objetivo: 9) | 9,08 | 9,0 | 9,04 | 9,03 | 8,65 | 8,97 | 9,23 | 9,05 | 9,19 | 8,97 | 8,85 |
| Índice de respuesta (Objetivo >50%) | - | - | - | 50,68% | 40,22% | 40% | 46% | 49,41% | 44,66% | 51,67% | 55% |

Tabla 3.1.b ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)

| Tema de la Pregunta | 2017 |
|---|------|
| Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción | 8,44 |
| Competencia profesional de Psiquiatras | 9,06 |
| Competencia profesional de Psicólogo | 9,08 |
| Competencia profesional de Trabajadora social | 8,76 |
| Competencia profesional de Enfermería | 8,2 |
| Apoyo y ayuda a los familiares y tutores | 8,08 |
| Adecuación en la orientación y derivación | 8,38 |
| Puntualidad en las citas | 8,08 |

| | |
|---|-------------|
| Adecuación de las condiciones físicas | 7,48 |
| Puntuación global Unidad Hospitalización | 7,98 |
| Media de puntuaciones (Objetivo: 9) | 8,35 |
| Índice de respuesta (Objetivo >50%) | 51% |

B) SATISFACCIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA

Ante la falta de datos de satisfacción de los Centros de Salud Mental Ambulatorios (CSM) que nos derivan pacientes (32 centros en total) y su opinión sobre la idoneidad de la continuidad asistencial actual, a principios del año 2003 se estableció un sistema estructurado de estudio de su satisfacción y expectativas. Se han realizado 7 evaluaciones bianuales (figura 3.1.a). Escala: 1 a 5. Objetivo: ≥ 3 .

Índices de respuesta: Mantenido alrededor del 50% hasta 2012, con algunos años con puntuaciones superiores (2014 87,5%) (Objetivo: $\geq 50\%$).

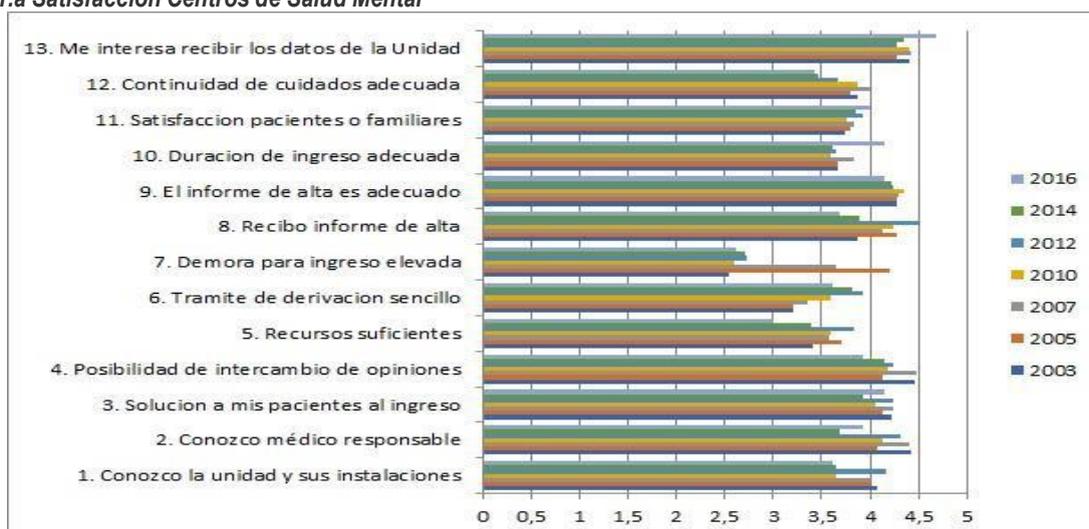
Análisis: Al interpretar los resultados de las 2 últimas encuestas hay que tener en cuenta que la reorganización de la atención en Salud Mental Infantil, con apertura de nuevos CSM y reestructuración de la asistencia (CSMs que han pasado a depender de nuevos hospitales) han podido modificar las puntuaciones.

En la encuesta de 2016 las puntuaciones más bajas son las relativas a continuidad de cuidados adecuada, recursos suficientes y conocimiento de la Unidad y sus instalaciones. En las preguntas abiertas en 2016 destaca: No se reciben los informes de alta, No existen suficientes recursos, Podría mejorarse la continuidad de cuidados.

Mejoras: En relación a los resultados de 2016 se incluyen como áreas de mejora: 1) Agilizar el trámite de envío de los informes de alta a los CSM, 2) desarrollar el Protocolo de Continuidad de Cuidados 3) Invitar a profesionales de los CSM a conocer a profesionales e instalaciones del Servicio (Jornada de Puertas Abiertas).

Desde el Servicio se propone a otras unidades similares la utilización de nuestro estudio de satisfacción para tener información comparativa. Incluso se ha publicado en una revista de psiquiatría para que pueda ser duplicado en otros centros. No obstante, por ahora no disponemos de posibilidad de comparación con servicios similares.

Figura 3.1.a Satisfacción Centros de Salud Mental



C) PROGRAMA DOCENTIA DE LA UNIVERSIDAD

El Profesor Titular del Servicio es evaluado por sus alumnos mediante encuestas anónimas del programa DOCENTIA, que depende directamente de la Universidad Complutense de Madrid, desde el curso académico 2013-2014.

Análisis: las valoraciones de los alumnos son muy satisfactorias: puntuación global de 4.4 sobre 5 en 2013-2014, de 86.35 sobre 100 en 2014-2015 y de 88,50 en 2015-2016 (tabla 3.1.c). El ítem con menor puntuación en 2014-2015 fue *Participación en actividades de coordinación* y en 2015-2016 *Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos*.

Mejoras: 1) Se mejoró la coordinación entre los profesores de la asignatura mejorando el Calendario de Prácticas, lo que ha supuesto mejoras en la puntuación en Coordinación en 2015-2016. 2) Tras la última evaluación se ha modificado la metodología docente, implementando prácticas y exámenes basados en casos reales, en los que se pueden hacer consultas en manuales, internet, etc, que favorezcan el conocimiento de metodologías de búsqueda de información. Las evaluaciones del curso 2016-2017 aún no están disponibles para el análisis.

| Tabla 3.1.c DOCENTIA | DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES | Valoración 2014-2015 | Valoración 2015-2016 | Valores máximos |
|--|--|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Planificación, organización y coordinación | Información | 10,55 | 10,42 | 12 |
| | Participación en actividades de coordinación | 6,00 | 8,00 | 8 |
| | Organización de la asignatura | 3,39 | 3,08 | 4 |
| | | 19,94 | 22,50 | 24 |

| | | | | | | | |
|------------|--|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Desarrollo | Cumplimiento formal | 16,58 | | 16,43 | | 20 | |
| | Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos | 8,71 | 36,32 | 8,83 | 36,09 | 12 | 44 |
| | Calidad docente | 11,03 | | 10,83 | | 12 | |
| Resultados | Satisfacción del alumnado con la actividad docente | 18,54 | | 18,33 | | 20 | |
| | Rendimiento | 7,55 | 30,09 | 7,58 | 29,91 | 8 | 32 |
| | Revisión y reflexión para la actividad docente | 4,00 | | 4,00 | | 4 | |
| | TOTAL | | 86,35 | TOTAL | 88,50 | TOTAL | 100 |

D) SATISFACCIÓN DE RESIDENTES

Desde 2014, fruto de una acción de mejora para potenciar el programa docente de los residentes, se empezaron a pasar encuestas de satisfacción a residentes de enfermería, psicología y psiquiatría.

Tabla 3.1.d: Resultados de la encuesta a residentes de enfermería (EIR). Tabla 3.1.e: Resultados de residentes de Psiquiatría (MIR) y Psicología (PIR). Índice de respuesta 40,9% en 2014, 55% en 2015 y 60% en 2016. PM: Puntuación media sobre 10. La satisfacción de residentes externos se incluye en la tabla 3.1.i.

Análisis: Las puntuaciones más bajas en 2015 correspondieron a *tutorización/motivación y participación docente y asistencial*.

Mejoras: Se ha incluido a Residentes en los Programas PIENSA y ATraPA, formando parte de los equipos, como una oportunidad extra de formación, lo que ha mejorado las puntuaciones en los 2 aspectos.

| Tabla 3.1.d ENCUESTA SATISFACCIÓN EIR | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|---|---|------|---|---|----|------|---|---|---|------|---|---|----|
| Respuestas por categoría | 2014 | | | | 2015 | | | | 2016 | | | | 2017 | | | |
| | I | S | B | E | I | S | B | E | I | S | B | E | I | S | B | E |
| 1- Tiempo de permanencia en la Unidad | 3 | - | 2 | - | 8 | - | 2 | - | - | - | 1 | 6 | 6 | 4 | - | - |
| 2- Pertinencia de actividades asistenciales | - | 2 | 2 | 1 | - | - | 6 | 4 | - | - | - | 7 | - | - | 6 | 4 |
| 3- Supervisión de tutor docente | - | - | 1 | 3 | - | - | 2 | 8 | - | - | 1 | 6 | - | - | 7 | 3 |
| 4- Ayuda recibida para alcanzar competencias | - | - | 3 | 2 | - | - | - | 10 | - | - | 3 | 4 | - | - | 6 | 4 |
| 5- Integración en el equipo | - | - | 4 | 1 | - | - | - | 10 | - | - | 1 | 6 | - | - | 8 | 2 |
| 6- Calidad de las actividades formativas del Servicio | - | 1 | 2 | 2 | - | - | 1 | 9 | - | - | 1 | 6 | - | 2 | 5 | 3 |
| 7- Supervisión del tutor del hospital | - | - | 1 | 4 | - | - | - | 10 | - | - | - | 7 | - | - | 4 | 6 |
| 8- Valoración global | - | - | 1 | 4 | - | - | - | 8 | - | - | - | 7 | - | - | 3 | 7 |
| 9- Pertinencia del rotatorio para completar objetivos docentes | - | - | - | 5 | - | - | - | 10 | - | - | 1 | 6 | - | - | - | 10 |

Leyenda: I: Insuficiente; S: Suficiente; B: Bueno; E: Excelente

| Tabla 3.1.e ENCUESTA SATISFACCIÓN MIR/PIR | | | | | |
|---|-------------------|------|------|------|------|
| PREGUNTA | Número Respuestas | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| | | PM | PM | PM | PM |
| 1.- Tutorización/Motivación | | 8,1 | 7,8 | 8 | 9 |
| 2.- Relaciones con el equipo | | 8,81 | 9,2 | 8,62 | 9,05 |
| 3.- Calidad científica | | 9,1 | 9,6 | 8,63 | 8,47 |
| 4.- Organización de la Asistencia | | 9,12 | 9,6 | 7,9 | 8,47 |
| 5.- Organización Docencia | | 8,93 | 9,6 | 8 | 8,39 |
| 6.- Participación docente y asistencial | | 7,83 | 7,5 | 8,3 | 8,21 |
| 7.- Interés de la rotación | | 8,54 | 8,1 | 9,12 | 9,47 |
| 8.- Cumplimiento de objetivos docentes | | 8,64 | 8,5 | 8,37 | 9 |
| 9.- Valoración global | | 8,56 | 8,5 | 8,56 | 8,78 |

Índice de respuesta: 40,9% en 2014, 55% en 2015, 60% en 2016 y 56,66% en 2017.
PM: Puntuación media sobre 10.

E) ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AULA HOSPITALARIA UNIDAD DE ADOLESCENTES

Esta encuesta se llevó a cabo por primera vez en 2015, tras haber sido un proyecto de investigación ligado al aula (tabla 3.1.f).

Mejoras: Se ha simplificado la encuesta para facilitar la cumplimentación eliminando varias preguntas redundantes o que podían resultar equívocas. Se ha cambiado la puntuación por medias para facilitar la comparativa con otros resultados.

Tabla 3.1.f SATISFACCIÓN AULA HOSPITALARIA UADO

| PREGUNTA | 2015 | | | | 2016 | 2017 |
|--|------|----|----|----|-------------|-------------|
| | SM | SB | P | N | Media (1-5) | Media (1-5) |
| 1.- ¿Te ha gustado la existencia del Aula en la Unidad de Adolescentes? | 47 | 38 | 13 | 2 | 4,59 | 4,46 |
| 2.- ¿Crees que es suficiente el tiempo que se dedica a las clases en la Unidad de Adolescentes? | 21 | 48 | 27 | 4 | 3,41 | 3,40 |
| 3.- El tiempo dedicado al Aula, ¿te ha ayudado a mejorar tus conocimientos? | 31 | 42 | 17 | 10 | 4,67 | 3,96 |
| 4.- El tiempo dedicado al Aula ¿te ha ayudado a relacionarte con los compañeros? | 35 | 38 | 21 | 6 | 4,39 | 4,03 |
| 5.- ¿Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase? | 27 | 33 | 25 | 15 | 3,63 | 3,54 |
| 6.- El hecho de estar en el Aula ¿te ha ayudado a mejorar tu estado? | 29 | 46 | 17 | 8 | 4,91 | 4,78 |
| 7.- ¿Piensas que la enseñanza individualizada que te han dado las profesoras te ha ayudado en las actividades? | 58 | 38 | 4 | 0 | 4,89 | 4,68 |
| 8.- Durante el tiempo que has pasado en el Aula ¿has sentido que tus compañeros te han ayudado? | 29 | 43 | 13 | 15 | - | - |
| 9.- Durante este tiempo, ¿has podido ayudar a tus compañeros? | 17 | 45 | 23 | 15 | - | - |
| 10.- Tu asistencia al Aula ¿ha cambiado tu idea de continuar o no estudiando? | 37 | 21 | 15 | 27 | | |

VALORACIÓN DE LAS PROFESORAS

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|----------------|----------------|----------------|
| | Media (1 – 10) | Media (1 – 10) | Media (1 – 10) |
| 11.- Del 0 al 10 valora la ayuda recibida por las profesoras | 9,37 | 9,55 | 9,43 |
| 12.- Del 0 al 10, ¿qué puntuación darías al trato recibido por las profesoras? | 9,7 | - | - |

F) SATISFACCIÓN DE CENTROS DE MENORES Y HOSPITALES DE DÍA CON LA UADO

Se realizaron estudios de satisfacción de ambos dispositivos con la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes por primera vez en el año 2014, ya que no se disponía de información de ambos grupos de interés acerca de la satisfacción con la hospitalización, siendo la demanda de ingreso desde estos recursos cada vez mayor. Se utilizó una encuesta similar a la utilizada para los CSM para poder tener una oportunidad de comparación. Como la de los CSM, la evaluación es bianual.

A: Centros de Menores (26 centros). Índice de respuesta del 46,1%.

B: Hospitales de Día (13 centros). Índice de respuesta del 61,5%.

Escala del 1 al 5 (5 muy de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo). Al contrario para la pregunta inversa (nº 7).

Tabla 3.1.g. SATISFACCIÓN C. MENORES Y H. DE DÍA

| Pregunta | 2014 | | 2016 | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | A | B | A | B |
| 1- Conozco la unidad y sus instalaciones | 4,17 | 4,00 | 4,42 | 5 |
| 2- Conozco médico responsable de mi paciente | 4,33 | 4,75 | 4,28 | 5 |
| 3- La unidad da solución a mis pacientes cuando requieren ingreso | 3,75 | 4,25 | 3,71 | 4,5 |
| 4- Puedo intercambiar opiniones con los profesionales de la unidad | 4,17 | 4,50 | 3,85 | 4 |
| 5- La unidad dispone de recursos suficientes | 3,36 | 4,00 | 3,57 | 3 |
| 6- El trámite de derivación es sencillo | 3,00 | 4,38 | 4 | 4 |
| 7- La demora para ingreso es adecuada | 2,73 | 2,75 | 3,28 | 3 |
| 8- Recibo informe de alta de hospitalización | 4,58 | 4,50 | 4,42 | 5 |
| 9- El informe de alta es adecuado | 4,17 | 4,75 | 4,28 | 4,5 |
| 10- La duración del ingreso es adecuada | 3,09 | 4,00 | 3,28 | 4,5 |
| 11- Coordinación con trabajadora social | 4,17 | - | 4 | - |
| Media de puntuaciones (Sobre 5) | 3,77 | 4,19 | 3,91 | 4,25 |

Análisis: las puntuaciones más bajas en 2014 fueron para *facilidad en el trámite de ingreso y demora para ingreso*. Los objetivos de los estudios, comentarios de los encuestados y las áreas de mejora están disponibles en los informes correspondientes.

Mejoras: **1)** Recogida sistemática de datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes ingresados para analizar posibles factores que hayan influido en el aumento de la demora para ingreso (aunque se trata de situaciones que exceden al Servicio) **2)** Se ha modificado la información que está en el Mapa de Procesos y en la web del Servicio relativa a cómo se realiza la derivación para ingreso desde los Centros de Menores. Ambas acciones han dado como resultado mejoras en las puntuaciones de estos ítems.

G) SATISFACCIÓN DE OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL

En el Plan Estratégico 2016-2019 se determinó la necesidad de *Mejorar la coordinación del Servicio con otros Servicios del hospital* (LE 5), siendo una acción estratégica ligada a la misma *Evaluar percepción sobre el Servicio en los Servicios*. Para ello, en 2016 se ha realizado un estudio piloto con los Servicios de Neuropediatría y Neonatología (Tabla 3.1.h., puntuaciones de 1 a 10). Se está trabajando ahora en adaptar la encuesta para pasarla a todos los Servicios del hospital que solicitan interconsultas al SEPNA.

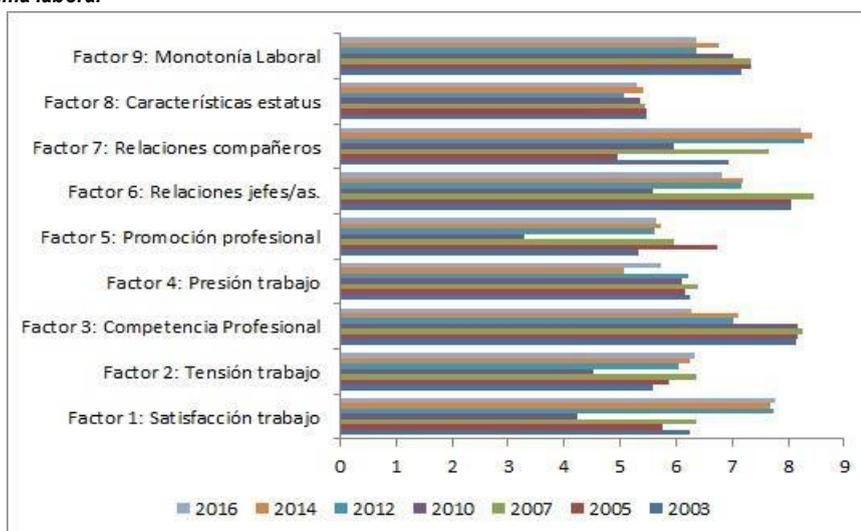
Tabla 3.1.h SATISFACCIÓN OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL CON SEPNA (2017)

| | N | Media | Mediana | Desviación típica |
|---|---|-------|---------|-------------------|
| 1. Contacto con el servicio de Psiquiatría del Niño y el adolescente | 4 | 7,45 | 6,60 | 1,70 |
| 2. Cuando necesito contactar con el Servicio logro hacerlo fácilmente | 4 | 6,60 | 6,60 | 0,00 |
| 3. ¿El trato con los profesionales es cordial y atento? | 4 | 7,55 | 6,80 | 1,64 |
| 4. El Servicio cumple con los compromisos adquiridos (tiempo de respuesta, informe, devolución de llamadas, etc...) | 4 | 6,50 | 6,50 | 1,73 |
| 5. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con el tiempo de respuesta del Servicio? | 4 | 6,20 | 6,60 | 0,80 |
| 6. Pregunta adicional: ¿Te sientes capacitado para trabajar con personas con autismo? | - | - | - | - |
| 7. Valora de forma global la satisfacción con los servicios recibidos por el Servicio (siendo cero ninguna satisfacción y 10 máxima satisfacción) | 4 | 6,25 | 6,00 | 0,50 |

3.1.2- Medidas de percepción en personas

En el año 2003, el Jefe de Servicio plantea la necesidad de contar con un sistema objetivo y anónimo de evaluación de la satisfacción de los profesionales. Tras un estudio, se eligió un cuestionario validado utilizado en otras unidades de hospitalización y se definió un protocolo de evaluación. Desde entonces se han realizado 7 evaluaciones bianuales, con alta participación (figura 3.1.b.)

Figura 3.1.b Satisfacción clima laboral



Análisis: resultados agrupados por factores: figura 3.1.b. Escala: 1 – 10. Objetivo: puntuación media ≥ 7

Acciones. En función de los resultados, se identificaron las áreas de mejora y se creó un grupo de trabajo formado por 5 miembros voluntarios. Entre las acciones llevadas a cabo hasta la fecha destacan:

- Diagnóstico de necesidades de comunicación interna y mejora del rendimiento de los canales existentes.
- Creación de grupos de visita a otros centros y recursos de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil de la CM y centros adscritos a IMFM.
- Visita-intercambio de miembros del personal a Unidades afines de otras Comunidades Autónomas.
- Incremento de la participación del personal en cursos de formación continuada relacionados con la Salud Mental y disciplinas afines.
- Realización de sesiones clínicas periódicas en las que se presentan “casos de buena evolución” para aumentar la motivación del personal.
- Nombramiento de un encargado de recoger las reseñas periódicas.
- Mejora del sistema de transmisión de felicitaciones recibidas.
- Visitas programadas a otros centros afines en horario laboral como elemento motivador, de formación y conocimiento.
- Promoción de actividades lúdicas y conmemorativas (cena aniversario, celebración de festividades, regalos-amigo invisible)
- Buzón de quejas y sugerencias para que el personal pueda realizar sus quejas y sugerencias de forma anónima. Las quejas se analizan y responden.

Acciones de mejora en relación a evaluación en 2014:

- Ref. pregunta 3 (cansancio laboral): grupo de mindfulness para profesionales de la UADO; reunión de 5 minutos previa al inicio de la jornada para practicar técnicas de meditación y atención guiada, y mejorar la percepción de capacidad de manejo de las situaciones de estrés.
- Ref. pregunta 9 (oportunidades para hacer cosas nuevas): se ha potenciado la implicación en el desarrollo de actividades. Ejemplo: los

profesionales de enfermería han formado un grupo de mindfulness semanal para pacientes ingresados y un grupo destinado a disminuir las autolesiones.

- En relación al interés y condición de experto de un psiquiatra del Servicio: se inicia una consulta de atención a menores infractores.
- Se ha creado un grupo de correo para todos los trabajadores del Servicio que, junto con la cuenta de twitter, se utiliza para dar difusión y reconocer los diferentes logros de los distintos profesionales del Servicio.

En relación a las acciones de mejora, en 2016 han mejorado las puntuaciones de tensión en el trabajo, presión en el trabajo y satisfacción en el trabajo (factores 1,2 y 4). Las mejoras en la satisfacción con el trabajo y las relaciones interpersonales (factores 1 y 7), incluso en la tensión relacionada con el desempeño del trabajo (factor 2), más sensible por ser intrínseca a la profesión, se consideran logros muy positivos del Servicio, que suponen un estímulo para seguir trabajando en la línea de mejoras. Hay aspectos que no dependen directamente del Servicio, como la presión de trabajo y las dificultades de promoción profesional.

Una de las acciones propuestas fue la de comparar los resultados con los de otras instituciones, para lo que se inició un proceso de documentación. La comparación fue inviable debido a que no existen Unidades de Hospitalización específicas que tengan resultados de evaluación de profesionales y las pocas unidades del hospital que realizan estos estudios utilizan instrumentos no comparables al Cuestionario Font Roja. Varios Servicios del Hospital van a empezar a medir satisfacción del personal, para lo que hemos puesto a su disposición las encuestas que empleamos, lo que facilitará la posibilidad de comparaciones en el futuro próximo. Como complemento a la encuesta Font Roja, y para ahondar en algunos aspectos que esta no recoge, a propuesta del Grupo de Satisfacción en 2016 se ha empezado también valorar el clima laboral mediante una encuesta (Tabla 3.1.i).

Análisis: Los resultados de las preguntas y de los comentarios indican que las situaciones de riesgo en el trabajo son una de las principales reocupaciones de las personas del Servicio.

Mejoras: Se ha puesto en marcha un grupo multidisciplinar de trabajo que está replanteando las condiciones de ingreso para disminuir las situaciones potenciales de violencia.

| Tabla 3.1.i ENCUESTA CLIMA LABORAL | |
|---|------|
| | 2016 |
| 1. Pienso en el exceso de trabajo. | 2,43 |
| 2. Mi trabajo afecta mi estado de ánimo. | 1,93 |
| 3. Comparo a las personas de mi entorno con los pacientes | 1,68 |
| 4. Pienso en posibles situaciones de riesgo | 2,23 |
| 5. Dificultades de relación con los compañeros | 1,73 |
| 6. El trabajo me absorbe fuera de mi horario laboral | 2,13 |
| 1: nunca, 2: a veces, 3: con frecuencia, 4: excesivamente | |

Sesiones Clínicas del Servicio. Desde 2016, debido a la falta de datos de satisfacción en este sentido recogidos de manera sistemática, se ha empezado a pasar un cuestionario de satisfacción con las Sesiones Clínicas del Servicio, tabla 3.1.j., escala: 1– 10. Para mejorar la puntuación relativa a Información previa sobre la actividad docente se ha elaborado un calendario semestral que se envía a todo el Servicio mediante el list-server.

| Tabla 3.1.j. SATISFACCIÓN SESIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO | | |
|--|------|------|
| Pregunta (puntuación de 0 a 5) | 2016 | 2017 |
| Contenidos teóricos impartidos | 8,97 | 8,92 |
| Adecuación metodología empleada | 8,77 | 8,83 |
| Utilidad para trabajo habitual | 8,83 | 9,12 |
| Grado aprendizaje conseguido | 8,87 | 8,92 |
| Interés despertado | 8,97 | 9,12 |
| Respuesta expectativas | 8,90 | 8,88 |
| Adecuación y calidad de la documentación | 8,30 | 8,19 |
| Utilidad de la documentación para su trabajo | 8,33 | 8,46 |
| Adecuación y calidad de los medios técnicos utilizados | 8,27 | 8,69 |
| Información previa sobre la actividad docente | 8,27 | 8,81 |
| Adecuación del horario | 8,30 | 9,15 |
| Valoración global | 8,43 | 9,04 |

3.1.3- Medidas de percepción en la sociedad

A) RECONOCIMIENTOS. COMPARACIONES

La difusión del trabajo llevado a cabo en el Servicio ha sido objeto de reconocimientos externos. A efectos comparativos es especialmente importante resaltar que nuestro Servicio ha sido **el mejor clasificado en 2014, 2015, 2016 y 2017** en la encuesta de satisfacción del **Monitor de Reputación Sanitaria**, elaborado a partir de las percepciones de profesionales de todo el país, que obtiene información de: especialistas en psiquiatría del país, enfermería, asociaciones de familiares y periodistas de salud y análisis de indicadores estructurales, de actividad asistencial, funcionales, de rendimiento y de calidad asistencial. También ha sido **el mejor a nivel nacional en 2015 y 2017** según el **Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH)**, el primero elaborado por el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada mediante encuestas a casi 2.000 profesionales sanitarios. A esto hay que sumar el reconocimiento

EFQM +500 obtenido en 2015, el Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL de 2016 y el Premio Iberoamericano de Calidad Galardón Oro, de 2017 (tabla 3.1.k)

B) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA COMUNIDAD MEDIANTE APARICIONES EN LOS MEDIOS

Los 1164 impactos periodísticos en medios escritos o radio y TV que ha tenido el Servicio desde su creación hasta diciembre de 2017 reflejan la gran trascendencia social que tiene. Este número ha ido creciendo a lo largo de los años. En apariciones en medios virtuales en la web el número es mucho mayor. A modo de ejemplo el Jefe de Servicio tiene 214.000 entradas en la web (Google) con noticias relacionadas.

Aunque no se dispone de datos objetivos de percepción de la sociedad, podemos deducir su satisfacción de la constante demanda para que se sigan realizando comunicaciones públicas y, aún más, para que vayan en aumento. En este sentido hemos trabajado estrechamente con el equipo del gabinete de prensa del Hospital. Se han realizado incluso programas de televisión monográficos con el responsable del Servicio y han aparecido de forma repetida en *telediarios nacionales* varios trabajadores del Servicio y en programas o medios reconocidos como *Informe Semanal* o *Documentos TV* o *la Revista del Parlamento de la Comisión Europea*.

A demás el Jefe de Servicio ha coordinado la elaboración para la Comisión Europea de una hoja de ruta de lo que debe ser la investigación en salud mental en los próximos años. Participa también en la redacción de documentos para el Consejo de Europa. Por último, cada año desde el 2009 se organiza por parte del Jefe de Servicio en colaboración con el CIBERSAM un Foro Social al que son invitados medios de comunicación y asociaciones de familiares para discutir sobre la relevancia de la investigación en salud mental para la sociedad. A esta reunión han acudido los principales medios de prensa (El País, ABC, El Mundo, Diario Médico). El Diario La Razón le otorgó en 2013 el premio al mejor investigador en biomedicina del país.

Tabla 3.1.k RECONOCIMIENTOS EXTERNOS

1. **Mención Especial** del Jurado del V Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid. Año 2005.
2. **Premio Pfizer a la Excelencia en Gestión Clínica**, 5ª edición. Año 2006.
3. **Primer premio** de la 2ª Edición de los Premios Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria (Centros Asistenciales). Año 2006.
4. **Felicitación Especial** del Jurado por el cartel presentado al Concurso de Manos Unidas (curso 2004-2005).
5. Ganador del VI **Premio de Calidad** de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid. Año 2008.
6. **Premio Infancia** de la Comunidad de Madrid. Año 2009.
7. **Premio Excelencia Clínica** para los Servicios de la Sociedad Española de Psiquiatría. Año 2009.
8. **Ganador de la 7ª Edición de los Premios Best In Class (BIC)** al Mejor Servicio en el Área de Esquizofrenia. Año 2012.
9. **Premio al Mejor Recurso Médico** de la Federación Autismo al programa AMI-TEA). Año 2013.
10. **Premio Lundbeck España** a la Excelencia en Calidad en Salud Mental y Adicciones. Fundación Avedis Donabedian. Año 2013.
11. **Premio al Mejor Investigador de Biomedicina de España** otorgado al Dr. Celso Arango, Diario La Razón, 2013
12. **Premio al Mejor Profesional Sanitario** de la Federación Autismo Madrid a José Romo (gestor de casos AMI-TEA). Año 2014.
13. **Accesit a la Mejor Investigación en TEA**. AETAPI. Año 2014.
14. **Ganador de la 9ª Edición de los Premios Best in Class (BIC)** al Mejor Servicio de Psiquiatría. Año 2014.
15. **I Monitor de Reputación Sanitaria realizado por Merco** con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Año 2014. (http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/42254029)
16. **I Monitor de Reputación Sanitaria (MRS)** realizado por Merco con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Dr. Celso Arango, segundo en el ranking nacional de Psiquiatría. Año 2014. (http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/42254029)
17. **Forbes, Mejores psiquiatras en España**. Celso Arango primer puesto. Año 2014 (<http://www.scoopnest.com/fr/user/eSaludMental/55542333224022017>).
18. **Premio al Hospital General Universitario Gregorio Marañón de la Federación Autismo** por la labor asistencial Año 2015.
19. **II Monitor de Reputación Sanitaria realizado por Merco** con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Año 2015.
20. **Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional según el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) para 2015**, el primero elaborado por el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada mediante encuestas a casi 2.000 profesionales sanitarios. <http://madridpress.com/not/198603/los-hospitales-de-madrid-lideran-la-excelencia-hospitalaria-a-nivel-nacional/es/>
21. **Premios Discapnet 2015**, Proyecto Doctor Tea finalista a la mejor iniciativa TIC para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.
22. **Premio Enfermería en Desarrollo 2016** a Jose Romo en la categoría de Calidad Percibida por el proyecto "Abordaje integral a los pacientes con Trastorno del Espectro Autista: Gestión de casos".
23. **Premio a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL**. Año 2016.
24. **III Monitor de Reputación Sanitaria realizado por Merco** con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Año 2016.
25. **Reconocimiento a la Investigación e Innovación** a la Coordinadora del Programa AMITEA otorgado por la Federación Autismo Madrid. Año 2017.
26. **Cruz de Honor de la Sanidad Madrileña** a Jose Romo. Año 2017.
27. **Premio al Mejor Proyecto de Investigación de la Asociación Madrileña de Enfermería de Investigación (ASOMIEN)** a Cecilia Tapia. Año 2017.
28. **Premio Iberoamericano de Calidad galardón Oro**, año 2017.
29. **IV Monitor de Reputación Sanitaria realizado por Merco** con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Año 2017.
30. **Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional según el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) para 2017**.
31. **Premio Avedis Donabedian** a la excelencia en calidad en Salud Mental, 2017.
32. **Ganador de la 12ª Edición de los Premios Best in Class (BIC)** al Mejor Servicio de Psiquiatría. Año 2017.

C) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB DEL SERVICIO, TWITTER Y MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

En la página web del Servicio (www.ua.hggm.es), que se actualiza a diario, además de proporcionar información a nuestros clientes se proporciona a otros grupos sociales:

Información orientada a otros profesionales. El Servicio, a través de la web comparte desde 2003 todos sus instrumentos asistenciales y de gestión con otras organizaciones.

Información orientada a la sociedad en general. En la web se proporciona información general sobre patología mental y sobre recursos disponibles. Además, se reciben a través del correo electrónico preguntas de familiares de menores con patología mental que no son clientes del Servicio por pertenecer a otras áreas sanitarias o comunidades autónomas que se responden en un plazo inferior a una semana. En 2016 hubo 36.246 visitantes únicos a la web y fueron 54.862 las páginas vistas pertenecientes al Servicio. Además, trabajadores del Servicio colaboran en otras páginas web que diseminan conocimiento sobre la salud mental en niños y adolescentes (www.fundacionaliaciokoplowitz.org, www.elisabethomano.org, www.cibersam.es, <http://catedra.psiquiatriainfantil-fundak.es/>). Algunos de los proyectos específicos del Servicio tienen su propia página web que está creada y gestionada por profesionales del Servicio (www.ages-cm.es, www.optimisetriai.eu, www.eu-gei.eu). Se ha colaborado también en la página web que el diario El Mundo dedica a Salud.

El Servicio tiene una cuenta en twitter con 1.811 seguidores. La cuenta de CIBERSAM, que se coordina desde el Servicio, tiene 2.110 seguidores. Es el Servicio del Hospital con más seguidores, siendo el segundo el Servicio de Farmacia con 1.739. El número de seguidores es también mayor que el de la Sociedad Española de Psiquiatría (452) o la Sociedad Madrileña de Psiquiatría (603).

D) COLABORACIÓN CON EL DESARROLLO DE OTROS SERVICIOS SIMILARES

Como referente nacional e internacional, recibimos gran cantidad de peticiones de información/documentación de otros centros (protocolos, consentimientos informados, métodos de gestión, normas, etc.). Contestamos a todas las peticiones y hemos asistido a distintas Comunidades Autónomas para presentar el proyecto. Hasta la fecha, **diez unidades** de psiquiatría infanto-juvenil han sido asesoradas por los profesionales del Servicio. Las experiencias de gestión y asistenciales de varios de los programas del SEPNA han sido publicadas en revistas internacionales y citadas por profesionales de más de veinte países. No se recogen datos estructurados de percepción de estas colaboraciones, pero se reciben constantes agradecimientos.

Se contribuye a desarrollar otros Servicios mediante la formación a residentes externos. Se incluye la encuesta de satisfacción al respecto:

| PREGUNTA | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| Tutorización/motivación | 8,34 | 9,5 | 8 | 9,00 |
| Relaciones con el equipo | 8,38 | 9,1 | 8,62 | 9,05 |
| Calidad científica | 8,52 | 9,5 | 8,63 | 8,47 |
| Organización de la Asistencia | 8,59 | 9,3 | 7,9 | 8,47 |
| Organización Docencia | 8,21 | 9,3 | 8 | 8,39 |
| Participación docente y asistencial | 8,12 | 9,1 | 8,3 | 8,21 |
| Interés de la rotación | 8,94 | 10 | 9,12 | 9,47 |
| Cumplimiento objetivos docentes | 8,72 | 9,3 | 8,37 | 9 |
| Valoración global | 8,59 | 9,5 | 8,56 | 8,78 |

E) COLABORACIÓN COMO EXPERTOS EN GESTIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

El Departamento de Salud Mental de la CM ha contado con la opinión de profesionales del Servicio. A modo de ejemplo, se ha participado en la creación de una Unidad de media estancia de psiquiatría para niños y adolescentes, en el plan para reducir el riesgo de suicidio en la CM o el II Plan de Atención Social a la Infancia en la CM. El Plan de Salud Mental 2010-2014 ha recibido aportaciones de profesionales del Servicio, recogiendo en el mismo varios programas del Servicio como prioritarios. Profesionales del Servicio participan actualmente en la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental. Desde 2008 el Servicio se ha utilizado como ejemplo de buena práctica clínica en el curso que varias veces al año imparte sobre EFQM la Dirección General de Calidad de los Servicios de la Consejería de Presidencia.

Al tratarse el AMI-TEA de una iniciativa pionera, desde sus inicios se ha invitado a los profesionales a presentarlo en varias Comunidades Autónomas y su coordinadora lidera el apartado de autismo del Plan de Salud Mental. Varios profesionales son asesores de las Agencias Española y Europea del medicamento sobre la farmacología. El jefe de Servicio ha asesorado al Ministerio de Sanidad como miembro de la Comisión Promotora de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, es Presidente de la Comisión de Tronco de Psiquiatría y desde diciembre de 2014 también el primer Presidente de la Comisión Nacional de esta especialidad. De los 9 vocales que constituyen dicha Comisión nacional 2 de ellos son del Servicio. Es también asesor de la Comisión Europea a través del Consejo Europeo del Cerebro. Ha intervenido en varias ocasiones en Parlamento y Senado españoles, Parlamento Europeo y Consejo de Europa en aspectos relacionados con la salud mental. Ha editado el libro blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente en España y el informe INESME sobre la salud mental en nuestro país.

F) DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO CLÍNICO

La cantidad de investigaciones y publicaciones científicas realizadas en el Servicio es ejemplo claro de la repercusión del mismo en la sociedad científica y en la difusión del conocimiento hacia la sociedad. Muchas han dado lugar a guías clínicas y terapéuticas que mejoran los procesos asistenciales. La innovación del Servicio se traslada a mejoras asistenciales de la sociedad. Ejemplo: creación de una Unidad de Atención Médica Integral (AMI-TEA), pionera en España. Ya hemos sido invitados a presentarla en varias CCAA para exportar a las mismas la idea. Se organizan también sesiones clínicas acreditadas por la Consejería y no menos de tres cursos más anuales acreditados para la difusión del conocimiento en el ámbito clínico (compromiso recogido en la Carta de Servicios).

G) COLABORACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Varios profesionales del Servicio forman parte de juntas directivas de sociedades científicas nacionales e internacionales como la Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del

Adolescente, la Asociación Española de Profesionales de Autismo, European College of Neuropsychopharmacology, International Society for Schizophrenia Research, etc. Algunos profesionales son Presidentes de dichos comités ejecutivos.

H) COLABORACIÓN CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA

El Servicio ha tenido una productividad creciente con los años y en la actualidad publica casi un artículo a la semana de promedio en revistas científicas del más alto impacto (Nature, Molecular Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, European Child and Adolescent Psychiatry). Sus profesionales forman parte de más de 15 comités editoriales de revistas de psiquiatría y salud mental. La Dirección del Centro Nacional de Investigación Biomédica en Salud Mental es ejercida por el Jefe de Servicio.

I) COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Como Servicio líder en el sector, el Servicio ha recibido a los responsables de las Unidades de Hospitalización de Adolescentes de Sevilla, Oviedo, Santander, Santiago de Compostela, Valladolid, Bilbao, Ciudad Real, Barcelona y San Sebastián. Además, los profesionales del programa AMI-TEA han colaborado desde 2009 como docentes en la formación continuada de médicos de Atención Primaria de la CM.

J) COLABORACIÓN CON ORGANIZACIONES, ONG, FUNDACIONES, ASOCIACIONES, ETC.

El Servicio intenta dar respuesta a las solicitudes de colaboración que recibe de organizaciones de distinto tipo, siempre que redunden en un beneficio para la sociedad. Ejemplos de esto son:

- Formación en salud mental infanto-juvenil a petición de colegios.
- Hemos realizado las páginas informativas sobre patología mental en menores de la Fundación Alicia Koplowitz (www.fundacionaliaciakoplowitz.org) y la Fundación Elisabeth d'Ornano (www.elisabethornano.org).
- Acuerdo con el Ayto. de Madrid para que la ONG *Save the Children* llevase a cabo programas especiales, con los pacientes ingresados en la UADO. Posteriormente hemos desarrollado convenios similares con otras asociaciones de magia (*Fundación Abracadabra*), arteterapia (*Fundación Nfogue*), payasos (*Sanyclown*) y musicoterapia (*Fundación Música en Vena*).
- Hemos colaborado con la Asociación de Pediatría a través de la Fundación Amigos de los Museos realizando talleres periódicos.
- Trabajadores de la Fundación CURARTE han acudido a la Unidad de Hospitalización a realizar actividades relacionadas con el arte, incrementando su actividad durante los períodos vacacionales. En la actualidad este proyecto se ha consolidado en un Máster de la Facultad de Bellas Artes de la UCM, cuyos alumnos realizan prácticas en la Unidad de Hospitalización.
- Colaboramos asociaciones de pacientes del espectro autista en programas destinados a mejorar la atención médica de esta población.
 - Con la asociación Aleph se trabajó en un programa de desensibilización sistemática para extracciones sanguíneas y otros procedimientos para los niños y adolescentes que se encuentran en su centro.
 - Con la Asociación Alanda, que participa en la formación continua del personal de la Unidad a través de un curso centrado en nuevas estrategias para los problemas de conductas de personas con autismo ingresadas en Psiquiatría.
 - Escribimos en medios de difusión de varias asociaciones de familiares (AMAFE, AETAPI, FEAFES...).
- Desde 2014 se lidera el proyecto La Voz con la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), iniciativa dirigida a recabar 10.000 opiniones o testimonios de pacientes con esquizofrenia, sus familiares y sus cuidadores con el objetivo de conocer la dimensión sanitaria, personal, social y económica de la enfermedad (<http://www.discapnet.es/Castellano/Actualidad/Discapacidad/proyecto-voz-feafes-dar-voz-10000-personas-esquizofrenia.aspx>)
- Desde PIENSA, se ha impulsado que se amplíe la edad de asociarse a AMAFE (Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia); ahora pueden asociarse adolescentes (antes solo adultos), cubriendo un gap importante para los adolescentes con psicosis.

3.2.- Indicadores de rendimiento

3.2.1- Indicadores de rendimiento clientes

A) RECLAMACIONES

El tiempo de respuesta ha cumplido el objetivo de menos de 15 días (Carta de Servicios). Aunque es el pactado desde la Dirección, se está considerando internamente ajustarlo ya que se cumple siempre. No se comparan datos con otros Servicios del hospital porque, tras analizar la posibilidad, se considera que no añadiría valor dadas las características específicas de la población tratada. Desde 2016 se añadió en el Pacto de Objetivos con la Dirección que las contestaciones fueran firmadas por el Jefe de Servicio y que se realizase el análisis de una de las reclamaciones, habiéndose cumplido ambos objetivos.

Tabla 3.2.a. RECLAMACIONES

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº reclamaciones (obj: ≤ 6) | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0 | 6 | 1 | 5 | 3 | 3 | 6 | 7 |
| Nº de días de resolución (media) (Obj. ≤ 15) | 11,5 | 7 | 9,5 | 6 | 12 | 10 | 3,5 | 3,1 | 0 | 8 | 12 | 6,4 | 9 | 8 | 9 | 8,4 |
| % respuestas en < 15 días | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | NA | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

B) DEMANDAS

Durante todo el tiempo que ha estado en funcionamiento el Servicio no se ha recibido ninguna demanda judicial por parte de los familiares de los pacientes, dato muy positivo especialmente teniendo en cuenta las características de la población tratada y el hecho de

que otras unidades de psiquiatría del hospital sí que han recibido demandas en este tiempo. Tampoco se ha tenido que indemnizar a pacientes por reclamaciones interpuestas por mala praxis (**Objetivo:** máximo 1 al año, siempre cumplido).

C) AGRADECIMIENTOS

Los trabajadores del Servicio reciben constantemente cartas de agradecimiento de pacientes y familiares. Algunos pacientes hospitalizados durante el primer año de funcionamiento continúan mandando felicitaciones navideñas y cartas al Servicio o a los profesionales. Como entendemos que son un refuerzo personal, no se registran ni almacenan sistemáticamente sino que se entregan directamente al profesional correspondiente. No obstante, tenemos algunos datos del Programa AMI-TEA. Entre 2009 y 2011 se recibieron 15 felicitaciones (una de ellas firmada por 145 personas), en 2012, 5 agradecimientos; 8 en 2013, 4 en 2014. En 2015 y 2016 se han contabilizado 3 agradecimientos cada año, además de los reconocimientos por parte de las asociaciones de familiares a los profesionales del Servicio. Hay también felicitaciones informales en las encuestas de satisfacción de alumnos y residentes. Por último, en el momento del alta los pacientes realizan una despedida de sus compañeros ingresados y del personal, momento que se aprovecha para recabar información no reglada sobre el Servicio y sus profesionales.

D) PETICIÓN DE CAMBIO DE PROFESIONAL

Aunque existe la posibilidad legal de solicitar cambio de profesional durante el tratamiento, ha sido excepcional que lo hayan solicitado, lo que consideramos muy positivo (**Objetivo** <2 anual, siempre cumplido). En los casos en que ha sido así, ha tenido que ver con las características del caso para mejor adecuación a las necesidades del mismo, siendo pactado con los profesionales. En 2016, en relación a uno de los Objetivos pactados con la Dirección Médica, se ha realizado el análisis de una reclamación y en base a ella se ha realizado un Protocolo de cambio de profesional para estandarizar esta situación en el Servicio.

E) AUMENTO DE LA DEMANDA. LISTA DE ESPERA

Unidad de Hospitalización. Desde que se inauguró el Servicio han sido muy raras las ocasiones en las que hemos tenido lista de espera para el ingreso en la UADO, pero esta tendencia ha cambiado en los tres últimos años. Hemos constatado mayor gravedad de las situaciones clínicas, empeoramiento de la situación social de los pacientes y mayor demanda de ingresos desde Centros de atención ambulatoria y Servicios de Urgencias de otros hospitales. Para mejorar la gestión de las camas, se han incorporado varias acciones de mejora:

- 1) Se establecido un sistema por el cual se recoge la información relevante a disposición de los profesionales y un sistema rotatorio por el cual cada día uno de los psiquiatras de la Unidad se encarga de evaluar la pertinencia de ingreso y de dar entrada de forma ágil a los pacientes que lo necesitan.
- 2) Desde 2016 se ha mejorado la gestión de los casos más graves, habiéndose conseguido pactar con la Dirección Médica habilitar 2 camas en el Hospital Infantil para pacientes menores de 16 años en espera de ingreso en la UADO. Asimismo, se ha habilitado la posibilidad excepcional de que, en ausencia de camas en la UADO, un máximo de 2 pacientes de 16 - 17 años puedan ingresar en la Unidad de Adultos en camas individuales, realizando todas las actividades terapéuticas y de ocio con los adolescentes y acudiendo a la Unidad de Adultos solo para dormir.

A pesar de la gravedad de los casos, la estancia media se ha mantenido en cifras inferiores a las de unidades de características similares. La estancia media en 2015 en nuestro Servicio ha sido de 13,96, frente a 21,8 en H. Clinic y 23,84 en el H. Niño Jesús, lo que indica una gestión eficiente de los recursos. En 2016 ha bajado incluso, siguiendo también por debajo de la de los otros centros de referencia manteniéndose la complejidad de los casos (en nuestro Servicio 13,01 días; H. Clinic 18,24; H. Niño Jesús 22,54). Aún no tenemos datos comparativos con los servicios de referencia para 2017.

Atención ambulatoria. La aparición del programa AMI-TEA, la unión en el mismo Servicio de las Secciones de infantil y adolescentes, la instauración del área única de asistencia en la CM y la libre elección de profesional, han supuesto un aumento muy importante de la demanda del número de nuevas consultas que ha incrementado la lista de espera.

En las consultas externas de psiquiatría infantil y CSM se ha incrementado la lista de espera desde que se aprobó la libre elección de médico. A pesar de incrementar el número de pacientes nuevos semanales vistos por los profesionales la lista de espera aumenta porque aumenta más la demanda. En 2014 se consiguió ampliar de manera coyuntural la plantilla en un psiquiatra con la finalidad específica de hacer frente a este aumento en la demanda, disminuyendo la lista de espera durante ese año. En 2016 se ha aumentado el número de pacientes nuevos vistos en el Programa AMITEA (368 en 2016 frente a 233 en 2015), a cambio de realizar más derivaciones de pacientes vistos en este programa a los recursos ambulatorios de otras zonas de la CM.

G) RESULTADOS EN CALIDAD DE LA ASISTENCIA: OBJETIVOS PACTADOS

Tanto los objetivos como los resultados obtenidos se han mantenido desde 2011 a 2015 (tabla 3.2.b). En 2016, tras cambiar la Gerencia y el Equipo Directivo se pactaron nuevos objetivos con la Dirección Médica.

| Objetivo | Pactado | 2011 - 2015 |
|---|-----------------------------------|-------------|
| Reclamaciones / 1000 UPAS de producción | < 5 | 1 |
| Mejora de Registros de Enfermería | 80% de las Unidades de Enfermería | 80% |
| Implantación de "Recomendaciones de Enfermería al Alta" | 80% de las Unidades de Enfermería | 80% |

| | | |
|---|--|------|
| Conseguir que cada trabajador de la división de Atención Sanitaria acuda por lo menos a 20 horas anuales de formación | 20 horas/trabajador | (*) |
| Informe de alta médica con medicación de acuerdo con la Guía Fármaco terapéutica del Área | 100% de los informes emitidos en los últimos 2 meses del año | 100% |
| % de Retención de Historias Clínicas | % de retención < 15 días después de alta | 0 |

Los objetivos relativos a calidad de la asistencia incluidos en el nuevo pacto de objetivos incluyen los siguientes (los resultados se detallan en el criterio 3.3, resultados clave):

Analizar las reclamaciones para la mejora continua
Humanización de la asistencia
Realizar un análisis con plan de mejora de al menos un incidente y/o evento adverso
Realizar sesiones sobre higiene de manos impartidas por los formadores en Higiene de Manos
Charla de seguridad (incluye acta con fecha, asistencia y tema)
Designar a un referente dentro del Servicio para Mejorar la Atención al Dolor
Implantar una acción de mejora en el ámbito del dolor
Implementar cuestionarios de calidad de vida en grupos o subgrupos de interés clínico

F) REINGRESOS.

Uno de los indicadores de calidad es el número de reingresos. Se evalúa según el tiempo transcurrido desde el alta hasta que vuelve a la Unidad de Hospitalización. Excluyendo el primer año, en el que la probabilidad de reingresos era menor, los datos han oscilado en los últimos años, manteniéndose bastante estables en su globalidad.

3.2.2.- Indicadores de rendimiento personas

A) PLANTILLA.

Ha aumentado significativamente desde su creación. Además de los trabajadores con funciones asistenciales hay 37 personas contratadas a cargo de investigación. Las mujeres suponen un porcentaje bastante superior al 50% (de hecho en torno al 90%), siendo mujeres las responsables de 16 puestos de dirección o coordinación.

| | 2003 | 2007 | 2010 | 2015 | 2017 |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| Nº de trabajadores | 34 | 47 | 54 | 97 | 99 |

B) FORMACIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La motivación del personal está muy influida por la oportunidad de recibir formación, participar en investigación y realizar publicaciones. La asistencia a cursos de formación, mantenida a lo largo del tiempo, está recogida en la Tabla 3.2.d.

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psiquiatras | 10 | 16 | 24 | 25 | 20 | 50 | 78 | 74 | 75 | 90 |
| Enfermería | 22 | 28 | 27 | 30 | 69 | 36 | 11 | 20 | 25 | 3 |
| Trabajo Social | 3 | 0 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 |
| Psicología | 3 | 7 | 5 | 43 | 68 | 63 | 45 | 38 | 39 | 41 |
| Terapia ocupacional / Profesores | 4 | 3 | 0 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

Publicaciones científicas (tabla 3.2.e). La realización de publicaciones científicas repercute directamente en el crecimiento profesional y en la calidad de la asistencia a nuestros usuarios. Se ha mantenido en niveles de excelencia, por encima de los niveles de nuestros competidores (Tabla 3.2.e. *Comparaciones (2015 y 2016): A: Hospital Clínic; B: Hospital Niño Jesús.).

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | A* | B* | 2016 | A* | B* | 2017 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|----|------|----|----|------|
| Publicaciones científicas | 34 | 18 | 13 | 25 | 20 | 56 | 45 | 48 | 24 | 11 | 44 | 24 | 5 | 45 |
| Capítulos de libros | 4 | 1 | 4 | 3 | 1 | 7 | 15 | 12 | 16 | 26 | 12 | 2 | 5 | 7 |
| Comunicaciones y posters | 38 | 42 | 77 | 114 | 46 | 124 | 101 | 117 | -- | -- | 102 | 46 | 14 | 58 |

Objetivo (Carta de Servicios y Objetivos pactados con la Dirección en 2017): Realización de 20 publicaciones internacionales y de una guía clínica o terapéutica anualmente. Algunos profesionales han escrito también capítulos de libros.

Comunicaciones (tabla 3.2.e). Número total de ponencias en cursos y congresos locales, nacionales e internacionales. La mayor parte provienen de profesionales de psiquiatría y de psicología. *Comparaciones (2015 y 2016): A: Hospital Clínic; B: Hospital Niño Jesús.

Docencia (tabla 3.2.f). En el Servicio se ha impartido un curso de doctorado con el título "Psiquiatría Infanto-Juvenil" dentro del

programa de neurociencias de la UCM. Desde el cambio de planes de formación universitaria, se mantiene la docencia a alumnos de 5º y 6º de Medicina, alumnos de psicología y de enfermería. Además, 7 alumnos de Medicina han realizado el trabajo de investigación de fin sexto de medicina en el Servicio. Desde 2013-14 se imparte la asignatura de psiquiatría del niño y del adolescente del Máster Interuniversitario de Introducción a la Investigación en Salud Mental (<https://aulavirtual.unican.es/>). Este Máster, coordinado por el CIBERSAM, del que el Jefe de Servicio es Director Científico, ha contado con 21 alumnos. El Jefe de Servicio imparte clases también en el Máster de Neurociencias de la UCM. Se han impartido además otros Máster Universitarios por trabajadores del Servicio, uno de Investigación y otros de Psiquiatría Infanto-juvenil. Los trabajadores del Servicio participan también como docentes en distintos cursos externos. Además de ponencias y cursos realizados por otras organizaciones, se han organizado cursos en el Servicio, al menos uno cada año, considerados muy relevantes en la CM, y cursos de verano de la Univ. Complutense en El Escorial hasta hace 2 años. Algunos profesionales participan como coordinadores de cursos externos. Desde 2004, los psiquiatras del Servicio actúan como tutores de prácticas de estudiantes de psicología.

Tabla 3.2.f N° DE CURSOS IMPARTIDOS POR PROFESION

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psiquiatras | 9 | 10 | 23 | 38 | 11 | 34 | 50 | 48 | 51 | 88 |
| Psicología | 1 | 4 | 14 | 14 | 17 | 33 | 21 | 12 | 10 | 33 |
| Enfermería, Trabajo Social y Terapia ocupacional | 9 | 8 | 10 | 5 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 5 |

C) PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

La participación se ha mantenido muy alta (Tabla 3.2.g).

Tabla 3.2.g. PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

| | 2003 | 2005 | 2007 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | Obj. |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % de participación | 97 | 68,6 | 76,5 | 76,9 | 70,4 | 74,7 | 72,1 | ≥ 60 |

D) ABSENTISMO, ROTACIÓN, SEGURIDAD

Tras el aumento en 2012 y 2013 debido a tres largas bajas por enfermedad, se ha estabilizado y disminuido desde 2015.

Tabla 3.2.h. Tasa de absentismo y enfermedad

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 | 2016 | 2017 | Obj. |
|------------------------------------|------|-------|------|------|------|------|----------|-----------|------------|------|
| Traslados voluntarios | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | ≤ 1 |
| Tasa accidente de trabajo (%) | 2,6 | 3,4 | 4,8 | 10,0 | 21,4 | 5 | 1,2 | 1,9 | 1,41(\$) | ≤ 5 |
| Días de baja por accidente laboral | 58 | 75 | 9 | 4 | 98 | 73 | 22 | 287 | 306 | - |
| Tasa absentismo y enfermedad (%) | 59,4 | 38,60 | 31,2 | 17,1 | 2,4 | 7,3 | 2,42 (*) | 3,25 (**) | 2,30 (***) | - |
| Tasa sustitución de bajas (%) | 64,6 | 71,4 | 55,4 | 74,2 | 39,6 | 0 | 31,65 | N.D. | N.D. | - |

Tasa de sustitución de personal de baja: (nº de días de baja sustituidos / nº total de días de baja). A pesar de la situación de crisis y de la tasa de reposición aprobada por el Gobierno para puestos públicos, en 2015 se ha conseguido una tasa de reposición superior. (*):3,20% personal facultativo; 1,65% personal de enfermería. (**): 5,34% personal facultativo; 0,71% personal de enfermería. (***)1,54% personal facultativo; 3,06% personal de enfermería (\$) 0,01% sin baja, 2,81% con baja) N.D.: no disponible para este periodo por cambiar el cuadro de mando del Hospital.

3.2.3. Indicadores de rendimiento en la sociedad

A) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA COMUNIDAD MEDIANTE APARICIONES EN LOS MEDIOS

Apariciones de los profesionales en medios de comunicación registrados por el gabinete de prensa del Hospital. **Comparaciones con A:** Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clinic; **B:** Hospital Niño Jesús. En **2015:** A: 15, B: 14; en **2016:** A: 4, B: 6.

Tabla 3.2.i APARICIONES EN MEDIOS

| | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Diarios regionales | 5 | 2 | - | 3 | 2 | 1 | - | 3 | 24 | 2 | 1 | 4 | 6 | 1 | 28 | 12 | 12 | 37 |
| Diarios nacionales | 11 | 13 | 11 | 1 | 4 | 7 | 8 | 12 | 50 | 35 | 38 | 55 | 44 | 57 | 134 | 104 | 118 | 149 |
| Radios regionales | 4 | - | - | - | 1 | 3 | - | - | - | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 |
| Radios nacionales | 12 | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 | 2 | 2 | 5 | 6 | 2 | 5 | 14 | 4 | 8 | 4 |
| Televisión regional | 2 | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 6 |
| Televisión nacional | 3 | - | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 7 | 1 | 6 | 2 | 3 | 7 | 5 | 5 | 3 | 6 | 3 |
| TOTAL | 37 | 15 | 12 | 6 | 12 | 14 | 10 | 25 | 81 | 50 | 52 | 68 | 59 | 71 | 185 | 126 | 151 | 197 |

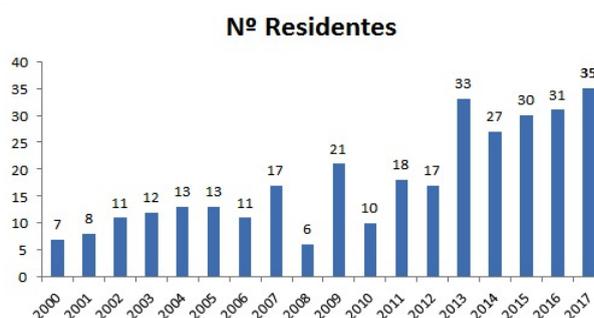
B) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB DEL SERVICIO Y MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

Desde su inauguración en 2013 (con una media de 1.500 visitas mensuales) hasta la actualidad (33.408 visitantes únicos a la web y 49.332 páginas vistas en 2017), el aumento de las visitas ha sido exponencial. Se reciben aproximadamente unas 10 peticiones sobre información del Servicio al mes, la media en contestar dichas peticiones es inferior a los 7 días. Los correos son enviados al Jefe de Servicio por el webmaster, que los contesta directamente o refiere al responsable de que se trate.

C) COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Se recogen datos sobre la solicitud de plazas de rotación (figura 3.2.1) y los acuerdos establecidos con distintas organizaciones. Junto con la formación de estudiantes y residentes, se han establecido acuerdos de formación en autismo para pediatras y médicos de atención primaria. Estos profesionales provienen de sitios tan diversos como de Reino Unido, Holanda, Alemania, Venezuela, Colombia, Italia, Uruguay y de casi todas las CCAA de España. En 2017 rotaron 14 residentes de psiquiatría, 4 de psicología y 13 de enfermería. Se ha establecido un número máximo de 4 residentes (anteriormente 3) en psiquiatría haciendo su rotación a la vez, para asegurarnos de que se cubren las necesidades formativas de éstos. El número de adjuntos con responsabilidad clínica es de 10 (sin contar al Jefe de Servicio), lo que ha obligado a rechazar peticiones por estar los cupos cubiertos con años de antelación. **Comparaciones** (disponibles solo hasta 2016): Hospital Clinic (15 residentes, 5 estancias formativas para extranjeros) y el Hospital Niño Jesús (10 residentes, 4 estancias formativas para extranjeros).

Figura 3.2.1 Número de residentes que rotan en SEPNA por año



E) RESPETO AL MEDIO AMBIENTE

La gestión de residuos se lleva a cabo según la normativa vigente de regulación en materia de residuos sanitarios. Además contamos con reciclaje de papel, pilas y envases (331,75 kg de residuos valorizables, envases). El Hospital ha recibido el certificado del Sistema de Gestión Ambiental, según la ISO 14001. En 2015 consiguió la **Acreditación Plata** concedida por la **Red de Hospitales sin Humo**, por el compromiso de impedir fumar en todo el recinto del hospital incluyendo las circulaciones interiores.

3.3.- Resultados clave

3.3.1- Resultados clave de la actividad

Los resultados clave de rendimiento de la organización se evalúan principalmente mediante el cumplimiento de los objetivos del Plan estratégico, aunque hay otros indicadores no pactados que se evalúan periódicamente. Debido a un Gerencia y el Equipo Directivo del HGUGM, en 2016 se pactaron nuevos objetivos con la Dirección Médica. Estos objetivos son distintos a los que se habían pactado en años previos. Por tanto, para favorecer la claridad en la exposición, se reportarán en tablas los resultados previos, para los que existen tendencias, incluyéndose al final una tabla con todos los resultados pactados con la Dirección en 2016 y 2017.

ACTIVIDAD E INTEGRACIÓN CON EL ÁREA.

Los objetivos pactados se han mantenido desde la Dirección del Hospital desde 2011 a 2015 (tabla 3.3.a). En 2016 se incluyeron como nuevos objetivos: IEMA: ≤ 1 respecto a 2015 (2015: 85,11, 2016: 78,22). * Datos de la UADO, en el H. Infantil 26 ingresos en 2017.

| Objetivo | | Pactado | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------|---|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Servicio médico | Pacientes ingresados | 270 | 387 | 327 | 374 | 371 | 417 | 418 | 377 * |
| | Estancias (días) | 4.000 | 4.447 | 4.421 | 5.418 | 5.819 | 5.823 | 5.440 | 5.654 |
| | Estancia media (días) | 15,5 | 11,49 | 15,11 | 14,49 | 15,6 | 13,96 | 13,01 | 15,0 |
| | Establecer protocolos conjuntos de planes de cuidados con el Área | 5 protocolos (2012- 2015) | - | | 5 | | | | |

DOCENCIA

Tanto los objetivos pactados como los resultados se mantuvieron entre 2011 y 2015 a pesar del incremento en la demanda y la gravedad de los pacientes. En 2016 se incluyeron como objetivos además de los previos: 1) Acreditar las Sesiones clínicas y bibliográficas; 2) Realización de las entrevistas de los residentes en el formato adecuado; 3) Adaptación del itinerario formativo a los requisitos de la Comisión y 4) Formar al 75% de los facultativos (FEAS) en higiene de manos. Todos estos objetivos se cumplieron (tabla 3.3.b).

| Objetivos | Pactado | 2011-2016 | 2017 |
|---|---------|-----------|------|
| Nº Sesiones clínicas al mes | 2 | 4 | 4 |
| Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas | 2 | 2 | 2 |
| Participación en sesiones clínicas generales (nº) | 5 | 5 | 5 |

| | | | |
|--|--------------------|-------------|-------------|
| Docencia de Pregrado: asignatura | 1 (Psiquiatría) | 2 | 2 |
| Nº cursos organización /participación en programas de doctorado o Máster | 1/3 | 1/3 | 3/3 |
| Nº cursos de formación continua en la CAM | 12 | Tabla 3.2.d | Tabla 3.2.d |

INVESTIGACIÓN

El volumen de investigación desarrollada por un grupo pequeño de profesionales es realmente significativo. Se ve reflejado tanto en los datos de producción científica y financiación para la investigación como en el tipo de investigaciones que se realizan, comparándose muy favorablemente respecto al resto del Hospital (tabla 3.3.c).

Tabla 3.3.c POSICIONAMIENTO EN PRODUCCIÓN CIENTÍFICA en la memoria de investigación del Hospital

| Año | 2001-02 | 2003-04 | 2005-06 | 2007-08 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2015-16 | 2016-17 |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Posición | 10 | 7 | 7 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 7 | 5 | 6 |

COLABORACIONES CON ORGANIZACIONES INTERNACIONALES.

Se ha colaborado con 258 organizaciones internacionales, 94 en el último año, con las que tenemos publicaciones conjuntas.

FINANCIACIÓN

La financiación obtenida de fondos públicos y privados es una forma de evaluar el prestigio del Servicio y la calidad de los proyectos de investigación que se presentan. Se solicitan becas de investigación: becas internacionales Stanley y NARSAD, becas del Fondo de Investigación Sanitaria, de la Consejería de Educación de la C.M., de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio del Interior, de la Comisión Europea o del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU. Hay también otras fuentes como la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior, y varias Fundaciones privadas (tabla 3.3.d).

Tabla 3.3.d. FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (cifras en €)

| 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 60.749 | 69.825 | 264.746 | 138.336 | 620.194 | 170.865 | 364.385 | 642.913 | 1.061.850 | 1.642.864 | 1.094.363 | 1.110.650 | 1519.076 | 1.432.802 | 1.566.183 |

Se potencia también la participación de becarios en los programas. En este momento hay contratadas 21 personas dedicadas a proyectos de investigación exclusivamente (de ellas 2 a tiempo parcial) y 3 becarias.

Coordinamos o colaboramos en proyectos de investigación o redes de investigación que superan la cifra de los cinco millones de euros anuales. En la actualidad tenemos siete proyectos europeos en funcionamiento. Somos el grupo de investigación de la CM con un mayor número de proyectos europeos.

Tabla 3.3.e CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN (P: objetivo pactado)

| Objetivo | P | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|----|------|------|------|------|------|------|------|
| Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (nº) | 4 | 29 | 21 | 35 | 32 | 35 | 25 | 35 |
| Convenios de investigación con empresas privadas (nº) | 3 | 8 | 10 | 12 | 9 | 11 | 4 | 6 |
| Ensayos clínicos / año | 3 | 7 | 22 | 8 | 14 | 3 | 9 | 5 |
| Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año | 20 | 33 | 41 | 43 | 45 | 47 | 39 | 66 |
| Publicaciones / año | 10 | 25 | 21 | 35 | 45 | 48 | 44 | 45 |
| Comunicaciones científicas / año | 10 | 33 | 10 | 16 | 56 | 60 | 55 | 29 |
| Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas | 2 | 4 | 7 | 2 | 14 | 15 | 4 | 3 |

Destacamos que la investigación puntera llevada a cabo se traduce en que disponemos y evaluamos las últimas técnicas de tratamiento. Entre otros logros, hemos sido el primer grupo a nivel mundial en hacer un ensayo clínico aleatorizado entre dos antipsicóticos de segunda generación con población adolescente, el primero en realizar un ensayo clínico en autismo utilizando un biomarcador como variable principal o el primero en probar un nuevo fármaco para primeros episodios psicóticos en la adolescencia. Todos estos proyectos se han llevado a cabo con fondos públicos y privados competitivos. Los objetivos de investigación pactados con el Hospital y los resultados obtenidos se incluyen en la tabla 3.3.e En 2016 se incluyeron 1) publicar al menos 20 publicaciones científicas internacionales y 2) tener activos al menos 10 proyectos de investigación, cumpliéndose ambos en 2016 y 2017.

3.3.2- Resultados clave de rendimiento

ESTANCIAS. Incremento en los últimos años del número de estancias anuales y del índice de ocupación. **Comparativa (2014): A:** H. Clinic; **B:** H. Niño Jesús.

INGRESOS. Los datos de ingreso y sus tipos se monitorizan para conocer la carga asistencial del Servicio. Hay un aumento significativo en los últimos años y un descenso progresivo en el porcentaje de ingresos urgentes frente a los programados (tabla 3.3.f).

Comparativa: Hay que tener en cuenta que el H. Clinic tiene 22 camas y el H. Niño Jesús 31, frente a las 20 nuestras y que hay diferencias en la psicopatología de los pacientes que dificultan los ingresos programados en nuestro Servicio.

Tabla 3.3.f DATOS ESTANCIAS UNIDAD HOSPITALIZACIÓN ADOLESCENTES

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | A | B | 2016 | A | B | 2017 | A | B |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|----|----|
| Nº de estancias | 3.565 | 3.406 | 4.558 | 4.509 | 4.447 | 4.421 | 5.418 | 5.819 | 5.823 | 6.430 | 10.514 | 5.440 | 6.840 | 10.684 | 5.654 | ND | ND |
| Estancia media | 12,42 | 11,95 | 13,61 | 12,74 | 11,49 | 15,11 | 14,49 | 15,6 | 13,96 | 21,8 | 23,84 | 13,01 | 18,24 | 22,54 | 15,0 | ND | ND |
| Índice de ocupación | 0,488 | 0,465 | 0,624 | 0,618 | 0,609 | 0,62 | 0,83 | 0,898 | 0,85 | 0,98 | 0,929 | 0,78 | 0,85 | 0,94 | 0,87 | ND | ND |
| NÚMERO DE INGRESOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de ingresos | 287 | 285 | 335 | 354 | 387 | 327 | 374 | 371 | 417 | 291 | 441 | 418 | 396 | 474 | 377 | ND | ND |
| % ingresos urgentes | 72,12 | 69,12 | 69,25 | 69,49 | 79,07 | 75,23 | 74,87 | 70,88 | 77,93 | 41,2 | 95,9 | 72,4 | 49,6 | 46,41 | 74,0 | ND | ND |

Los datos referidos en la tabla 3.3.f se refieren solo a los ingresos en UADO (entre 12 y 17 años). Desde 2016 se han empezado a realizar ingresos en camas de psiquiatría en el Hospital Materno Infantil de pacientes menores de 12 años y/o en espera de camas en UADO. El número de ingresos en estas camas fue de 6 en 2016 y 26 en 2017. ND: No disponible.

DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA

Es un indicador de calidad de la documentación clínica. El objetivo es tener tantos diagnósticos codificados como sean necesarios. **Ninguno de los años** un paciente ha sido dado de alta sin diagnóstico. Desde 2004 a 2010 aumentó el porcentaje de pacientes con varios diagnósticos y disminuyó el de pacientes con un solo diagnóstico. Desde 2011 el hospital solo proporciona datos relativos a media de diagnósticos, que también ha ido aumentando progresivamente (tabla 3.3.g.). Este año aún no está disponible este dato.

Tabla 3.3.g MEDIA DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Media diagnósticos | 2,13 | 2,43 | 3,02 | 3,06 | 3,24 | 3,25 | 3,67 | - | 3,92 | 4,85 | 4,94 | 5,32 | 5,32 | - |

HISTORIAS CLÍNICAS

Los datos de archivo de HC indican una mejora progresiva en el número de historias retenidas hasta la situación actual en la que **no hay ninguna historia retenida**. La demora media ha disminuido también de forma importante desde los dos primeros años, lo que se considera la muestra de una mejor gestión en la devolución de las mismas al archivo (tabla 3.3.h). * Incluye UADO y H. Materno Infantil.

Tabla 3.3.h ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Altas | 287 | 283 | 330 | 347 | 382 | 318 | 366 | 374 | 422 | 424 | 399* |
| Historias entregadas | 286 | 283 | 330 | 347 | 382 | 318 | 366 | 374 | 422 | 424 | 399* |
| Historias retenidas | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Porcentaje de retención (%) | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Demora en entrega (días) | 11 | 12 | 16 | 24 | 11 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

INTENTOS DE SUICIDIO

Se evalúa como un indicador de calidad. Durante los más de catorce años de funcionamiento de la Unidad **no ha habido** ningún suicidio dentro de la Unidad, algo atípico en una Unidad de Hospitalización de estas características, que es valorado como un dato muy positivo. No ha habido tampoco ninguna muerte por accidente o enfermedad.

CONTENCIONES MECÁNICAS

Se registran desde 2003. Se presentan desde 2007 (tabla 3.3.i). Se ha experimentado una bajada en el momento posterior a abrirse la terraza.

Tabla 3.3.i CONTENCIONES MECÁNICAS

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nº de eventos | 108 | 122 | 92 | 110 | 138 | 202 | 306 | 382 | 519 | 270 | 260 |
| Nº de pacientes | 50 | 46 | 66 | 64 | 60 | 75 | 80 | 105 | 97 | 110 | 81 |

CONSULTAS EXTERNAS

Se contabilizan distintos evaluadores como: el número de pacientes atendidos, revisiones, nuevo, ratio nuevos/revisiones, lista de espera. En estos últimos años se ha incrementado sustancialmente el número de pacientes atendidos con un aumento muy notable del número de casos nuevos, que es casi 20 veces superior al del año 2008. Ha disminuido el índice de nuevos y revisiones lo que es otro parámetro de calidad (tabla 3.3.j). **Comparaciones: A:** H. Clínico; **B:** H. Niño Jesús. Aún no disponibles comparaciones para 2017.

Tabla 3.3.j CONSULTAS EXTERNAS

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | A | B | 2016 | A | B | 2017 |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|
| Pacientes atendidos | 2.229 | 4.010 | 6.363 | 10.262 | 13.887 | 14.415 | 14.082 | 15.725 | 5.951 | 15.599 | 3.904 | 6.976 | 14.389 |
| Pacientes nuevos | 362 | 565 | 783 | 1.202 | 2.267 | 2.322 | 1.486 | 719 | 1.209 | 2.600 | 230 | 1.154 | 2.520 |
| Revisiones | 1.867 | 3.445 | 5.580 | 9.060 | 11.620 | 12.093 | 12.596 | 15.006 | 4.742 | 12.899 | 3.674 | 1.822 | 11.869 |
| Ind. rev/nuevo * | 5,16 | 6,09 | 7,12 | 7,54 | 5,13 | 520 | 5,77 | 20,87 | 3,92 | 5,56 | 20,87 | 5,05 | 5,45 |

*dato relativo a las consultas de adolescentes

COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA

Cifras de productividad científica en comparación con otros grupos de CIBERSAM y IISGM

Intramurales: comparación del número de proyectos intramurales conseguido por cada grupo del CIBER. Los datos disponibles son de 2010 a 2012. El Servicio está en 2ª posición en número de proyectos, junto a otros dos, de un total de 25 grupos.

IISGM: comparación de varios datos de productividad científica por año con otros grupos del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). El Servicio se posiciona entre los 6 primeros de los grupos IISGM (53 grupos). Ref.: archivo "Comparación con otros servicios de IISGM.xlsx"

| Tabla 3.3.k | | DATOS DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA DEL SERVICIO | | | | | | | | | |
|-------------|----|--|---|----|----|----|-----|-----|---------|------------|--|
| Año | Pr | GC | T | Pa | PP | PC | PPD | PPC | Total P | Total P FI | |
| 2010 | 25 | 0 | 1 | 0 | - | - | - | 5 | 17 | 56,39 | |
| 2011 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 | 14 | 10 | 11 | 32 | 136,81 | |
| 2012 | 20 | 1 | 1 | 0 | 14 | 5 | 5 | 14 | 20 | 82,01 | |
| 2013 | 25 | 3 | 2 | 0 | 14 | 15 | 13 | 24 | 29 | 142,10 | |
| 2014 | 33 | 2 | 3 | 0 | 8 | 23 | 15 | 26 | 31 | 207,70 | |
| 2015 | 35 | 1 | 1 | 0 | 6 | 30 | 17 | 27 | 48 | 183,138 | |
| 2016 | 25 | 2 | 1 | 0 | 4 | 40 | 15 | 31 | 44 | 192,951 | |
| 2017 | 35 | 1 | 3 | 0 | 4 | 41 | 20 | 33 | 45 | 248,543 | |

PR: Proyectos; GC: Guías clínicas; T: tesis leídas; Pa: Patentes; PP: Publicaciones propias; PC: Publicaciones compartidas; PPD: Publicaciones del primer decil; PPC: publicaciones del primer cuartil; Total P: total de publicaciones indexadas; Total P FI: total de publicaciones FI (Factor de Impacto)

RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LOS PACTOS DE OBJETIVOS 2017

Estos resultados se aportan por separado en el documento Seguimiento objetivos 2017.