

MEMORIA 2014

**SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE**

**HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN**

INDICE

PRESENTACIÓN.....	3
PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA MEMORIA	6
CRITERIO 1. LIDERAZGO	7
CRITERIO 2. POLÍTICA Y ESTRATEGIA	18
CRITERIO 3. PERSONAS.....	28
CRITERIO 4. RECURSOS Y ALIANZAS	37
CRITERIO 5. PROCESOS.....	45
CRITERIO 6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	60
CRITERIO 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	67
CRITERIO 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	74
CRITERIO 9. RESULTADOS CLAVE	82

PRESENTACIÓN

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.) es fruto de la unión en el año 2010 de la Sección de Psiquiatría Infantil y la Unidad de Adolescentes (creada en el año 2000). Estas dos secciones pasan a conformar la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que se configura en Servicio en el año 2013.

El Servicio ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que lo integran. La introducción en su día, año (2003) del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión fue sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde la inauguración de la antigua Unidad de Adolescentes. Así estamos ya en la quinta evaluación EFQM desde que se inauguró dicha Sección.

El Servicio forma parte del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, hospital perteneciente a la Comunidad de Madrid que presta servicios a la población de referencia del Área sanitaria 1. Sin embargo, la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio es un recurso supraárea, por lo que cubre la hospitalización de adolescentes de las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, lo que en total son 23 hospitales, con un total de 4.070.643 habitantes (según la proyección realizada con datos del último censo proporcionados por el Instituto de Estadística de la CAM). De esta población se estima que unos 250.000 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 inclusive, y son por lo tanto la población de referencia de la Unidad de Hospitalización para Adolescentes. Muchos otros programas específicos del Servicio son de referencia para toda la Comunidad de Madrid (AMI-TEA, Atiende infantil, UMERP, 22q11 y Síndrome de Prader-Willi, PIENSA, ATraPA, etc). La libre elección de médico ha supuesto que las peticiones de consulta en nuestro Servicio se hayan triplicado en los últimos años.

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente (UADO), englobada en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, presta servicios a jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Como unidad de hospitalización breve, la actividad principal se

caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es abordar el "problema central" que ha precipitado la crisis y después dar de alta al paciente en coordinación con recursos extrahospitalarios para que pueda continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una habitación de seguridad.

Aunque una actividad importante del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente es la Unidad de hospitalización breve de adolescentes, es aún mayor la actividad asistencial en consultas externas, tanto de los Centros de Salud Mental, como la de infantil adolescentes o programas específicos. En abril de 2009 se inaugura el programa AMI-TEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista), un recurso para toda la Comunidad de Madrid que atiende las necesidades médicas a personas con trastorno del espectro autista (TEA) de cualquier edad. En la actualidad, este programa atiende a más de 1500 personas con autismo. En los últimos años se han desarrollado en el Servicio programas específicos para los que tiene un valor añadido el estar en un Servicio como el nuestro de gran complejidad. Ejemplos de lo anterior son los programas ATRAPA (Tratamiento de la personalidad en adolescentes) para menores con trastorno límite, UMERP (Unidad de Menores en riesgo psíquico) para menores tutelados por la Comunidad, PIENSA (programa de intervención en primeros episodios psicóticos en la adolescencia), programa de Neuropsiquiatría y Neuropsicología para menores con comorbilidad con patología neurológica o programas para patologías genéticas raras como el síndrome 22q11 o el síndrome de Prader-Willi. Desde el año 2013 se integra además en el Servicio toda la asistencia en salud mental del niño y del adolescente del área 1 (CSM de Moratalaz y CSM de Retiro). También en ese año, toda la actividad con menores con trastornos mentales que no estaba integrada en el Servicio (Atiende infantil que dependía del programa Atiende de adultos) ha pasado a depender del mismo. Por último 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.

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, compuesto aproximadamente por 60 profesionales: 17 psiquiatras (uno de ellos además de

las funciones asistenciales desempeña la de Jefe de Servicio), una supervisora de enfermería compartida con otras unidades, 28 trabajadores de enfermería entre auxiliares de enfermería y DUEs, 6 psicólogos clínicos, 3 trabajadores sociales a tiempo completo y uno a tiempo parcial, 2 terapeutas ocupacionales (una a tiempo completo y otra compartida con otra unidad), dos profesoras de Educación Secundaria, una de Ámbito Científico y otra de Ámbito Lingüístico y una administrativa a tiempo completo. En estos últimos años 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 más de 35 investigadores a tiempo completo. Además, desde el Servicio se coordina y dirige el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y que integra a 24 centros y más de 400 investigadores. Sólo en nuestro Servicio del hospital hay cinco psiquiatras, doce neuropsicólogos, un biólogo, un bioquímico, dos técnicos de laboratorio, dos data manager y tres enfermeros contratados para investigación, así como dos contratados más dedicados exclusivamente a administración de la investigación. Los distintos trabajadores del Servicio realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional. En poco más de catorce años se ha convertido en referente internacional en varias patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar de inicio temprano y el autismo. El Servicio se beneficia de la utilización de otros recursos humanos y materiales de los que dispone el hospital.

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 Másteres como el de Introducción a la Investigación en Salud Mental o el de Neurociencias. En el Servicio trabajan un Profesor Titular de Universidad (acreditado como Catedrático), tres profesoras asociadas de psiquiatría (una de ellas acreditada como Titular) y más de veinte profesores colaboradores.

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) estableció la promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios como uno de los principios rectores dirigido a asegurar

la protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Apostó por la adopción de medidas para la promoción de calidad de los servicios sanitarios por los provisos de los mismos, así como el establecimiento de controles de calidad generales. En julio de 2002 se publicó el Plan Integral de Calidad de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, donde se concretaron estos objetivos expuestos en la LOSCAM y se tomó el modelo EFQM como sistema de gestión y mejora de calidad para las organizaciones sanitarias. Recientemente se ha publicado un nuevo plan de calidad de la Comunidad de Madrid en el que se incide en el uso del modelo EFQM como herramienta de autoevaluación.

Este marco normativo fue el impulso necesario para que los profesionales de la entonces Unidad de Psiquiatría de Adolescentes decidiésemos, en el año 2003, adoptar el modelo EFQM como sistema de gestión que ordenase y guiase las actividades de mejora de calidad que ya se estaban llevando a cabo en la Unidad, adoptando así una metodología de evaluación y mejora continua. De esta forma, la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente se convirtió en la primera unidad del hospital en llevar a la práctica este objetivo. Siguiendo el plan de trabajo definido, dos años después, en 2005, se llevó a cabo una segunda autoevaluación, una tercera en el 2007 y la cuarta en el 2010. Ahora once años después del comienzo del proyecto, y siguiendo los objetivos que entonces se marcaron, se realiza una quinta autoevaluación para valorar la mejora alcanzada e identificar nuevas áreas de mejora. Esta quinta autoevaluación utiliza como base la información contenida en esta memoria.

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón también utiliza el modelo EFQM como sistema de autoevaluación. A partir de estas autoevaluaciones, se definen las líneas estratégicas del hospital. De hecho en la actualidad se está realizando una nueva evaluación EFQM de todo el Hospital. Teniendo en cuenta que los Servicios Clínicos son las unidades fundamentales de organización en torno a las que gira el hospital, es imprescindible que se involucren hasta el máximo grado posible en la elaboración y cumplimiento de su propio Plan Estratégico.

En el último Plan Estratégico realizado en el año 2005 por el hospital se definieron como tres grandes líneas las siguientes: conseguir una asistencia progresiva disminuyendo las listas de espera y mejorando la coordinación con el área, aumentar la competitividad

mejorando la calidad y atraer talento y potenciar la investigación del hospital.

La nueva evaluación de funcionamiento y la determinación de áreas de mejora que en este momento se lleva a cabo, tendrá como referencia el contexto marcado por el Plan Estratégico del Hospital.

El compromiso con la Mejora Continua de la Calidad ha sido constante entre los profesionales del Servicio reflejándose en la utilización de criterios de calidad estandarizados como elemento estratégico básico, para promover una atención óptima a la población, lo cual significa, en último extremo, nuestra apuesta por conseguir una “excelencia” y la equidad en los servicios ofrecidos a nuestros pacientes. Los múltiples premios recibidos por este Servicio, más de diez, entre ellos el primer premio a la Excelencia y Calidad de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid en su penúltima convocatoria así lo atestiguan.

**PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN Y
EVALUACIÓN DE LA MEMORIA**

DIRECTOR DEL PROYECTO

Arango López, Celso

COORDINADORA DEL PROYECTO

Vallejo Gutiérrez, Paula

MIEMBROS DEL EQUIPO EVALUADOR

Arango López, Celso

Ayuso Soler, Josefa

Corral Zarapuz, Azucena

Ferreiro Rodríguez, Clara

Moreno Ruiz, Carmen

Ontoria Martínez, Lourdes

Romillo Iriarte, Matilde

Romo Villa, Jose

Soto Fernandez, Concepción

UNIDAD DE CALIDAD

Pla Mestre, Rosa

EXPERTA EFQM

Seriñá Ramírez, Carlota

APORTACIÓN DE INFORMACIÓN, CRÍTICAS Y SUGERENCIAS:

Cámara Fernández, M^a Pilar

Carballeira Jiménez, Sonia

Ceron Gil, Begoña

Chica Carrero, M^a Santos

Delgado Lacosta, Carlos

Espliego Felipe, Ana

Gascón Serrano, Mercedes

Gutiérrez Rodríguez, Visitación

Herráiz Amor, Concepción

López Patón, David

Llorente Sarabia, Cloe

Mirón Ferreiro, Milagros

Morales Contreras, Concepción

Moreno Pardillo, Dolores M^a

Palanco García, Ana

Parellada Redondo, M^a José

Peco Yague, Rosario

Peñalver García, María

Prieto Gabriel, Javier

Rodríguez García, Enrique

Seco Sanz, Isabel

Torca Coto, Ángel

Simbaña Espín, Marta

Vidal de la Fuente, Jorge

**CRITERIO 1.
LIDERAZGO**

1.A. DESARROLLO DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES POR PARTE DE LOS LÍDERES, QUE ACTÚAN COMO MODELO DE REFERENCIA DENTRO DE UNA CULTURA DE EXCELENCIA

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente forma parte del Departamento de Psiquiatría del H.G.U.G.M. Los trabajadores del Servicio forman parte de una compleja organización funcional y por procesos, en la que reciben directrices tanto del responsable de su disciplina en el hospital, Jefe de Departamento, como de los líderes del Servicio. Como el alcance de esta memoria está limitado principalmente al Servicio de Psiquiatría del niño y del Adolescente, nos centraremos en las funciones de liderazgo y coordinación llevadas a cabo dentro del 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. Teniendo en cuenta esta definición, el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente tendría como líderes principales al Jefe de Servicio y a la Supervisora de enfermería, ya que cada uno de ellos tiene a un grupo de personas a su cargo cuya actividad coordinan. Además, diversos profesionales ocupan permanente o temporalmente la posición de líderes al actuar como coordinadores de grupos de trabajo motivando y dirigiendo a los participantes o siendo identificados como responsables de algún proceso. Al favorecer un sistema de trabajo en el que se potencia la asunción de responsabilidades por parte de los trabajadores y la gestión descentralizada, la función de liderazgo es asumida por muchas personas en momentos y tareas diversas. Así, por ejemplo, una de los psiquiatras del Servicio es responsable de la Unidad de Hospitalización; otra coordina el programa de rotación de residentes, actuando de líder en esta área; 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; además, varios de los profesionales lideran los grupos de áreas de mejora.

A pesar de esta gestión descentralizada y de la toma de las funciones de liderazgo por distintos profesionales del Servicio, entendemos que el desarrollo y puesta en práctica de la misión, visión y valores del Servicio deben ser responsabilidad directa del Jefe de Servicio y de la Supervisora de enfermería, que estarán también encargados de

comunicársela al resto de los trabajadores y de evaluar la efectividad de su implantación.

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ha tomado como inspiración la misión, visión y valores del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, adaptándolos a las características del Servicio y de la población tratada. De esta forma, la misión, visión y valores del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente son:

Misión: Proporcionar al paciente 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. Su actividad principal se caracteriza por la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia

Visión: Ser Servicio referente nacional e internacional que presta asistencia eficiente, comprometida y sensible a las necesidades de los menores y familias, integrado en la comunidad en la que se implican todos los trabajadores.

Valores:

- Servicio al usuario.
- Mejora continua de procesos.
- Recursos humanos como principal activo del Servicio.
- Calidad integral como respuesta a las expectativas del usuario.
- Liderar la investigación nacional en Psiquiatría del Niño y del Adolescente.
- Impartir una docencia de excelencia.
- Gestión participativa.

La Misión, Visión y Valores del Servicio se han ido modificando con el tiempo y adaptando a su crecimiento. Así, los actuales son mucho más ambiciosos que los que se describieron en un principio. El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente engloba a la Unidad de Hospitalización Breve para Adolescentes (UADO), a los distintos programas ambulatorios de tratamiento (incluyendo los programas infanto-juveniles de los Centros de Salud Mental del área 1), la interconsulta infantil, así como al grupo de investigación vinculado a la misma. El Servicio de psiquiatría del Niño y del Adolescente se articula pues dentro de la Red de Salud Mental como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente menor de edad con problemas de salud mental.

La UADO se define como un recurso terapéutico hospitalario para adolescentes entre 12 y 17 años, en régimen de cuidados de 24 horas sobre 24 horas, que

se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización clínica. Su finalidad no es abordar toda la psicopatología, sino el problema central que ha precipitado la crisis y después derivar al paciente a la Red de Salud Mental para el seguimiento en dispositivos de régimen ambulatorio. Su función es ofrecer un cuidado integral médico, psicológico, de enfermería, educativo y social a los menores que precisen ser hospitalizados en el contexto de una estrecha colaboración entre los Departamentos de Psiquiatría, Pediatría y otras Especialidades Médicas.

Los objetivos del Servicio quedan definidos como:

- Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de menores de 12 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- Reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.
- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- Tratamiento ambulatorio especializado en programas específicos de referencia.
- Tratamiento de salud mental de todos los menores del Área 1, independientemente de la patología.
- Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica para las que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo supone un valor añadido ser llevadas a cabo en un medio hospitalario.
- Realización de actividades de formación continua y docencia.
- Realizar y coordinar actividades de investigación al más alto nivel.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.

El responsable del Servicio y la Supervisora de enfermería deben pactar anualmente los objetivos establecidos en los programas de gestión del H.G.U.G.M., y poner en práctica las medidas encaminadas a lograrlos. Para cada uno de estos objetivos se establecen también los indicadores que evaluarán su grado de consecución. El cumplimiento o no de estos objetivos establecidos (reflejados en el

criterio 9: resultados globales) sirven a la vez como método de revisión de la actuación.

Ante la necesidad de un espacio de organización, comunicación y transmisión de directrices de gestión a todos los trabajadores del Servicio, y para crear un espacio de discusión, el Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería establecieron las reuniones trimestrales de gestión, a las que acuden todos los profesionales de la UADO en sus tres turnos horarios. Los temas debatidos en estas reuniones sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión de la UADO. El cuadro 1.A.1. muestra otros métodos con los que cuentan los responsables del Servicio para evaluar su actuación.

Cuadro 1.A.1
MODOS DE REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO
Resultados de objetivos anuales del programa de gestión
Resultados clave (criterio 9)
Reuniones quincenales con Jefe de Departamento, Jefes Servicio y Sección y Jefa de Departamento de Enfermería
Reuniones con la Dirección del hospital y Jefa de Enfermería del Departamento
Reuniones trimestrales con profesionales de la Unidad
Reuniones semanales del equipo de infantil
Reuniones quincenales del Equipo de CSM de Retiro
Reuniones quincenales del Equipo de CSM de Moratalaz
Reuniones semanales o quincenales de los distintos programas (AMI-TEA, PIENSA, ATraPA, Neuropsiquiatría, etc.)
Reuniones con equipo de Salud Mental infanto-juvenil del Área, y con el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor
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
Autoevaluación EFQM

Se revisan y comunican la Misión, la Visión y los Valores a todos los profesionales del Servicio. Para su elaboración fueron discutidos por un grupo de profesionales del Servicio, posteriormente modificados y adaptados a criterios más ambiciosos. Están situados en los distintos espacios visibles por

personal y usuarios, tanto a nivel físico, como en la Carta de Servicios o página web del Servicio (www.hggm.es/ua).

Los líderes favorecen 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 hospital (Comisión de investigación, Comisión de biblioteca, Comisión de Farmacia, Comisión de docencia, Tutora de residentes de psiquiatría y psicología, Comisión de protocolos, 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 H.G.U.G.M., Grupo de evaluación EFQM del Hospital así como órganos de asesoramiento a la Dirección como Juntas Técnico Asistenciales) y del Servicio (grupos para la mejora para distintos fines, ver criterio 3).

Los líderes aportan los medios necesarios (organizativos, materiales, formativos) para llevar a efecto las acciones de mejora que se proponen.

Todo el personal implicado en la gestión de la organización y en la atención clínica y de apoyo participa en el programa de mejora continua de la calidad.

1.B. IMPLICACIÓN PERSONAL DE LOS LÍDERES PARA GARANTIZAR EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Desde el momento de su creación los profesionales de la antigua UADO consideramos la mejora de la calidad un aspecto básico de la gestión. El Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería han sido los responsables de la puesta en práctica de este compromiso, actuando como modelo y participando o promoviendo la realización de iniciativas de mejora de calidad.

Los responsables del Servicio promueven la creación de grupos de evaluación o grupos de mejora que estudien temas de calidad asistencial, y siempre que es posible participan activamente en estos grupos. Por ejemplo, algunos de los protocolos que se han hecho nuevos o revisado son el protocolo de contención

mecánica, los de grupos terapéuticos, la guía clínica de trastornos de conducta, la recientemente realizada guía clínica de primeros episodios psicóticos o la hoja de información a familiares, que ha experimentado después de discusiones con el personal múltiples actualizaciones. Muchos de los cambios, por ejemplo el de la hoja de la evaluación de satisfacción de familiares de pacientes ingresados o el de uso de la habitación de reflexión, se han realizado después de comparar varias posibilidades y medir cuál era más satisfactoria (en ocasiones incluso administrando dos versiones a la vez y haciendo comparativas directas de la validez de los resultados). Para favorecer que los profesionales participen también de la organización del Servicio, todos estos grupos han estado formados por personal voluntario, que participa por propia iniciativa en el sistema de gestión del Servicio. Hasta ahora nunca han faltado voluntarios para hacer estos trabajos, lo que consideramos una muestra de la implicación del personal. 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.

Los líderes del Servicio impulsan la gestión por procesos (ver criterio 5). Considerando el conocimiento y la formación en habilidades de gestión como requisito para una buena dirección, el Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería reflejan su compromiso personal asistiendo a programas de formación en habilidades de gestión y de mejora de la calidad. El Jefe de Servicio ha acudido ya a varios cursos: un curso de gestión por procesos según el modelo europeo de excelencia EFQM en el año 2000, un curso de Gestión de Recursos Humanos en el año 2003, un curso sobre el Modelo EFQM impartido por la Comunidad de Madrid en el año 2004, un máster en gestión clínica en salud mental por la Universidad de Deusto en el año 2005, un nuevo curso de procesos en el 2007. Desde ese año ha participado 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, este Servicio se usa como ejemplo de buenas prácticas en los cursos de EFQM que imparte dicha Dirección General. Al mismo tiempo, la Supervisora de enfermería ha recibido formación en dirección por objetivos, EFQM, gestión del tiempo, asertividad y trabajo en equipo, y comunicación y gestión por procesos.

Además, los responsables del Servicio, entendiendo que la mejora de la calidad debe ser algo en lo que estén implicados todos los profesionales del mismo,

promueven activamente la formación en calidad de los trabajadores. Se proporciona información sobre los cursos de calidad ofrecidos por la Comunidad de Madrid y se anima a los trabajadores a asistir. Resultado de esta promoción de la formación en calidad, hasta la fecha 15 profesionales han asistido ya al curso de formación básico de la Comunidad de Madrid y 8 han realizado el de nivel superior, lo que supone que un 40% de la plantilla está ya formada en este modelo de excelencia.

En el año 2003, tras dos años de funcionamiento del Servicio, partiendo de la base de las iniciativas de mejora de calidad llevadas a cabo, los criterios establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Comunidad de Madrid y en el Plan de Calidad del Hospital, el Jefe de Servicio se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación de calidad a partir del Modelo EFQM.

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 la autoevaluación 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.

Al establecer el modelo EFQM como método de gestión de calidad, 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. Como fruto de ellos se han hecho varias publicaciones, incluso en revistas internacionales, sobre esta experiencia y se han recibido los más importantes galardones de calidad asistencial. En concreto se han obtenido en los últimos catorce años más de diez premios por la gestión, excelencia y actividad realizada.

El compromiso de los líderes con la mejora de calidad, además, se demuestra mediante la transmisión que realizan de la experiencia llevada a cabo en el Servicio en congresos y publicaciones científicas. Por ejemplo, en el I Congreso Internacional de Resultados en Psiquiatría el Jefe de

Servicio presentó una ponencia sobre el programa de calidad del Servicio y como se ha dicho, ha publicado varios artículos sobre temas relacionados con la mejora de calidad en la Unidad en revistas nacionales e internacionales sobre el sistema de evaluación de satisfacción de clientes y el sistema de evaluación de la continuidad asistencial entre otros temas.

Se asegura un comportamiento ético e íntegro:

- 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 es comunicado al juez. Se asegura una equidad en la carga de trabajo entre los profesionales del Servicio (ver punto 1.D).
- Todos los proyectos de investigación que se realizan son evaluados por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital. Todos aquellos que involucren medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).
- Se implementan medidas para asegurar que todo esto se lleve a cabo mediante el mapa de procesos, reuniones semanales en las que se revisan estos temas y se comprueba su ejecución (reuniones de investigación de los miércoles, anotaciones de pacientes vistos y no vistos por los jueces).

1.C. IMPLICACIÓN DE LOS LÍDERES CON CLIENTES, ALIADOS Y REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD.

La implicación de los líderes con los distintos grupos que trabajan con el Servicio (definidos en el subcriterio 2.A.) queda reflejada en el conjunto de métodos de intercambio de información que el Servicio tiene establecidas con los distintos grupos interesados y/ o afectados y otros métodos de relación con los grupos de interés. Los responsables no son sólo promotores de este sistema de reuniones y responsables últimos de su realización y de la adecuada gestión de la información recogida en ellas, sino que además participan activamente en la medida de lo posible. Algunos de los métodos establecidos de intercambio de información entre el responsable y los distintos grupos de interés son:

- Clientes:

- El Jefe de Servicio promueve la realización de encuestas de satisfacción de familiares o tutores legales de los pacientes y recibe periódicamente los resultados de las mismas. El Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería reciben información del Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.) del hospital sobre las sugerencias que depositan los familiares cuando suponen información relevante para el Servicio. Además, reciben notificación inmediata cuando algún paciente o familiar presenta una reclamación oficial y son los responsables directos de gestionarla.
- La implicación de los líderes con los pacientes y familiares les ha llevado a establecer y supervisar un sistema de comunicación por el que los familiares o tutores de pacientes reciben información directa en el momento de la admisión y contacto telefónico diario para mantener informada a la familia de los progresos del paciente y contestar a sus dudas y preguntas. El contacto telefónico es llevado a cabo por el personal de enfermería responsable de cada caso.
- La jefatura mantiene reuniones periódicas con asociaciones de pacientes y familiares para conocer las expectativas y necesidades de estos grupos de interés, como por ejemplo con asociaciones de familiares de personas con síndrome de Asperger, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, esquizofrenia, distintos síndromes genéticos, etc. Además, se mantiene una estrecha relación con asociaciones que trabajan en el campo de los menores con Trastornos del Espectro Autista, entre ellas la Fundación Aucavi, Nuevo Horizonte, Deletrea, Aleph, Autismo España, APNA, etc. Fruto de esta estrecha colaboración y como respuesta a la necesidad no cubierta de proporcionar tratamiento médico integral a esta población nace el programa AMI-TEA. Tras varias reuniones con las asociaciones de familiares se detecta que no existe un recurso en la Comunidad para cubrir esta necesidad. El Jefe de Servicio consigue fondos de Cohesión del Ministerio de Sanidad y trabaja con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para implantar hace ahora cinco años la Unidad AMI-TEA. Posteriormente, el funcionamiento de este programa se ha medido comparando la atención de estos pacientes con los de otras dos ciudades que no lo tenían (Oviedo y Sevilla). La satisfacción de los pacientes y sus familias es

mayor en personas atendidas en el programa, así como las complicaciones médicas, uso de medicación y costes derivados de las patologías de base.

- Ante el creciente número de derivaciones para diagnóstico diferencial de población infantil con sospecha de trastornos del espectro del autismo, se ha creado una consulta específica de Diagnóstico diferencial de TEA dentro de Psiquiatría infantil.
- Fruto de la detección de necesidades no cubiertas y diálogo con familias y sociedad (asociaciones de familiares) se detecta también la necesidad de crear un programa de psicoeducación para pacientes con un primer episodio psicótico y sus familias. El programa se implementa y se mide su utilidad a través de un ensayo clínico aleatorizado simple ciego.
- Los resultados de los distintos programas asistenciales son publicados en revistas científicas internacionales para que puedan ser aprovechados por otros profesionales en todo el mundo.
- Los líderes promueven la realización de estudios de satisfacción de familiares o tutores de pacientes ingresados.

- Aliados:

Los líderes del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente potencian el trabajo conjunto con los centros de salud mental, organizaciones sociales, judiciales y educativas. Estas alianzas están descritas en el punto 4.A.

- Otras organizaciones de la Comunidad:

Los líderes del Servicio son también responsables de la relación e intercambio de información con distintas organizaciones sanitarias y sociales, ya sea personalmente o por delegación en otros miembros del equipo asistencial. Estas relaciones están expuestas detalladamente en el criterio 4: Alianzas y Recursos. Algunas muestras de implicación de los líderes con organizaciones de la comunidad:

- El compromiso del Jefe de Servicio con la comunidad, servicios sociales y otras organizaciones queda de manifiesto al haber promovido el intercambio de conocimientos con otras organizaciones que pueden beneficiarse del conocimiento de las experiencias mutuas. Con este objetivo se han realizado encuentros con recursos de características similares, se ha

admitido a distintos profesionales a realizar rotaciones por el Servicio y se ha decidido que la página web del Servicio tenga información sobre protocolos, para que cualquier otra organización pueda utilizarlos.

- Los responsables de Unidades o los Directores Médicos de los Hospitales donde se encuentran Unidades de Hospitalización de Adolescentes de reciente o próxima apertura han visitado el Servicio y solicitado ayuda para desarrollar sus planes de acción. Ejemplo de ello son las 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. También han acudido los responsables de los servicios de Salud Mental de Galicia, Asturias, Andalucía y Castilla-La Mancha, y personal que estará implicado en la puesta en marcha de la unidad de Murcia. Todas las unidades que han abierto sus servicios estos últimos 10 años han enviado a sus responsables a conocer o a rotar por nuestro Servicio. El Servicio ha sido visitado también por 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 contacto periódico mantenido por el Jefe de Servicio con representantes de Asociaciones de Familiares ha permitido que, desde el mismo, se contribuya a dar respuesta a las necesidades sanitarias de colectivos que, debido a sus peculiaridades, han estado tradicionalmente fuera del sistema sanitario público. Este es el caso de los pacientes con Trastornos del Espectro Autista (TEA). La realidad del autismo en España quedó recogida en una serie de documentos elaborados por el Grupo GETEA, dependiente del Instituto Carlos III, que contó con un apoyo importante de Asociaciones de Familiares, y que elaboró una serie de Guías Prácticas para la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los Trastornos del Espectro Autista. La insuficiencia en la atención médica recibida por las personas con Trastornos del Espectro Autista, junto con sus particularidades comportamentales y relacionales, hacen que se decida la puesta en marcha de un programa centralizado para la atención sanitaria especializada de pacientes con TEA de la Comunidad de Madrid, a cargo de los Fondos de Cohesión del Ministerio de Sanidad de 2009. Este programa, el Programa de Atención Médica Integral a pacientes con Trastornos del Espectro Autista, AMI-TEA, se inicia el 1 de abril de 2009 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.
- El compromiso de la Supervisora de enfermería queda de manifiesto al promover reuniones con equipos de enfermería de otras organizaciones, como por ejemplo el Hospital Niño Jesús, Hospital Clinic, San Juan de Dios y Benito Menni de Barcelona. Antes de que se inaugurase la unidad, 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 ha colaborado con la nueva Unidad de Adolescentes de Oviedo.
- La colaboración mediante cursos o clases en estamentos externos al hospital cuando es requerida es otra forma de colaborar con la sociedad. Así por ejemplo, el Jefe de Servicio ha participado en la elaboración de cursos de formación para asociaciones de familiares de enfermos mentales, maestras de aulas hospitalarias y cuidadores de centros para menores dependientes del IMFM.
- Los líderes del Servicio consiguen fondos para que todos los años (desde 2003) 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. Además, 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 Servicio.
- El Jefe de Servicio es Profesor Titular (acreditado como Catedrático desde 2012) de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Maryland de Estados Unidos. Esto implica que se imparten clases teóricas y prácticas así como seminarios y sesiones clínicas.
- Cuando ha sido requerido, el responsable del Servicio ha aparecido en los medios de comunicación (prensa, radio y televisión) para explicar el proyecto asistencial y ampliar el

conocimiento social sobre la problemática psiquiátrica adolescente (ver datos de aparición en medios de comunicación en el criterio 8). Es el único español miembro del Consejo Europeo del Cerebro, órgano asesor de la Comisión Europea en temas relacionados con enfermedades del cerebro. Asesor de la Agencia Europea y Española del Medicamento. Ha asesorado al Consejo Europeo en materia de salud mental y formado parte de la Comisión Nacional promotora de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

- El Jefe de Servicio fue nombrado en el año 2008 coordinador de la única Red de Investigación en Psiquiatría que existe a nivel nacional, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM, www.cibersam.es) lo que supone dedicar parte de su tiempo a mejorar la investigación en este área en el país. Esto da una idea del prestigio investigador con el que cuenta este Servicio a nivel nacional e internacional. Desde el CIBER también se realiza labor de difusión de los problemas de salud mental en adolescentes, y se realizan Foros Sociales con asociaciones de pacientes y familiares.
- El Jefe de Servicio coordina dos cuentas de twitter sobre psiquiatría (@PsiqInfantil y @CIBER_SAM) con más de 500 seguidores cada una.

1.D. MOTIVACIÓN, APOYO Y RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES

La función principal del Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería es el establecimiento de los objetivos del Servicio, la correcta transmisión de esta información a todos los profesionales que trabajan en ella y la coordinación de su puesta en práctica. Como líderes, tienen la misión de motivar y apoyar a los profesionales en su trabajo diario, proporcionándoles toda la información y medios materiales necesarios, facilitándoles un ambiente seguro y estimulante, con capacidad de crecimiento profesional y personal, y reconociéndoles el esfuerzo y el buen desempeño profesional.

Una de las acciones especialmente valiosas llevadas a cabo por los líderes, y que se entrevé a lo largo de toda esta memoria, es la de escucha y apoyo a todas las iniciativas que han ido partiendo de los distintos profesionales, para su discusión y aceptación siempre

que se consideraran válidas. Reflejo de ello es todo el catálogo de actividades de acción y de mejora que se resumen a lo largo de esta memoria.

En el sistema público sanitario actual, el refuerzo a los trabajadores por el buen desempeño profesional está limitado por la normativa vigente en materia de personal, que especifica salarios, medios de selección y promoción profesional, oportunidades de movilidad y otros factores que podrían utilizarse como incentivos. Teniendo en cuenta esta situación, los líderes del Servicio se esfuerzan por motivar a los trabajadores mediante el buen trato personal y profesional, un sistema de gestión lo más participativo posible, transmisión de toda la información necesaria para los trabajadores, equidad en el reparto de cargas de trabajo y actividades de reconocimiento a la buena labor desempeñada. Además, para evaluar si los métodos empleados han cumplido correctamente el objetivo de motivar a los trabajadores, se realizan estudios de clima laboral. Aunque estos puntos están explicados en el criterio 3 (personas) vamos a repasar brevemente algunos de los modos de apoyo y reconocimiento a los trabajadores empleados por los responsables:

Sistema de trabajo participativo, mediante la creación de grupos de mejora. Siempre que se establecen grupos de trabajo se incluye a los profesionales más directamente implicados en las prácticas que se van a trabajar, de forma que la metodología de trabajo esté consensuada por los profesionales. Los grupos de trabajo en temas de gestión se establecen mediante voluntarios. Para el proceso de autoevaluación de EFQM, por ejemplo, el equipo evaluador se constituye con personal voluntario. Además, para fomentar la participación de los trabajadores que no forman parte en el proceso, la memoria se entrega a todos los trabajadores para su revisión y corrección. Además se realizan actas de las reuniones de trabajo y reuniones de gestión trimestrales que son distribuidas a todos los trabajadores y leídas en las reuniones siguientes.

La transmisión de la información necesaria para el correcto desempeño de las responsabilidades y las funciones de cada trabajador es imprescindible para el buen funcionamiento del Servicio y la motivación de los trabajadores. Para ello se ha definido un sistema de reuniones (explicado en el criterio 3) mediante las que se asegura que la información llegue a todos los trabajadores.

- Reunión diaria de al menos uno de los líderes del Servicio o persona delegada junto con los

profesionales que integran la Unidad de Hospitalización.

- Reuniones semanales a las que acuden trabajadores del turno de mañana y tarde.
- Reuniones trimestrales de gestión con todos los trabajadores de los tres turnos horarios de la Unidad de Hospitalización.
- Reunión quincenal del Departamento de psiquiatría.
- Dos reuniones semanales de planificación del equipo de investigación.
- Dos reuniones semanales clínicas con todo el Servicio.
- Reuniones bimensuales de la Supervisora de enfermería con los profesionales de enfermería.
- Además de estas reuniones periódicas y estructuradas, si se requiere por algún incidente o problema en el Servicio se organizan reuniones extraordinarias.

Además de estos métodos estructurados de intercambio de información, el contacto y la comunicación de los líderes con los trabajadores del Servicio es constante, ya que las personas que tienen las funciones de Jefe de Servicio y Supervisora de enfermería participan también de la práctica clínica. Desde enero de 2009 el Jefe de Servicio tiene un contrato de intensificación, lo que significa que está liberado de carga asistencial. A pesar de ello, asiste de forma frecuente a las reuniones de equipo (con equipo de infantil, CSM, investigación, trimestrales, Departamento, etc.), aunque ha delegado la mayor parte de la coordinación asistencial de la Unidad de Hospitalización en una de las psiquiatras adjuntas del Servicio.

Reparto equitativo de cargas de trabajo. 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 establecen un reparto equitativo de casos y cargas de trabajo entre trabajadores de una misma profesión en las profesiones en que es necesario. Esto se comprueba, por ejemplo, en la revisión trimestral de casos asignados a cada psiquiatra que el Jefe de Servicio ha solicitado al Servicio de Admisión del Hospital, en la que aparecen reflejados el número de casos nuevos, estancias de pacientes y estancia media para cada profesional, además del número de nuevos y revisiones en consultas externas de todos los clínicos del Servicio.

Oportunidades de crecimiento profesional: La oportunidad de participar en actividades de crecimiento profesional como formación e investigación es considerada también un elemento motivador para los trabajadores. Los métodos principales de crecimiento profesional son:

- Asistencia a cursos de formación y congresos. Cada trabajador tiene la oportunidad de participar en cursos de formación según las directrices del convenio para el personal laboral de la Comunidad de Madrid. La equidad de acceso a cursos es total entre todos los profesionales. Además, se potencia la asistencia a congresos y formación externa como modo de aprendizaje y motivación y, cuando es posible, se solicita financiación de distintas fuentes para facilitar la asistencia. Se han realizado varias ediciones de cursos de Desactivación Verbal y de Defensa en el ámbito clínico a medida de nuestras necesidades proporcionando los líderes del Servicio todos los recursos para impartir los mismos.
- Los proyectos de investigación son numerosos en el Servicio, cuentan con la participación de gran parte de la plantilla y sirven también como desarrollo profesional. Se potencian las publicaciones y en ellas participan todos los trabajadores que han formado parte de dichas investigaciones, aumentando así su currículum profesional e investigador. Cada año se lee de media al menos una tesis doctoral por parte de los profesionales del Servicio.

Actividades de reconocimiento: Los líderes del Servicio reconocen el esfuerzo y los logros obtenidos por los trabajadores de forma directa e informal cuando corresponde, y mediante algunos sistemas concretos de reconocimiento como son:

- 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 toda el Servicio. Además, se ponen en un lugar visible para que sean conocidas por todos los trabajadores de cada uno de los recursos asistenciales.
- Desde el año de la inauguración de la Unidad de Hospitalización (año 2000), el Jefe de Servicio organiza una cena anual, coincidiendo con la apertura de dicha Unidad, a la que están invitados todos los trabajadores del Servicio.

- Los distintos logros y premios obtenidos por los trabajadores del Servicio y los premios que recibe el mismo son enviados al responsable de la Intranet del hospital para que tengan difusión en todo el hospital.

Evaluación de satisfacción de profesionales.

Para contar con la evaluación de los profesionales de estos métodos de apoyo y reconocimiento expuestos 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 de trabajadores, que se realiza con un instrumento validado, de forma anónima y con periodicidad bianual. Siguiendo el calendario establecido, en los años 2005, 2007 y 2010 se han llevado a cabo las siguientes evaluaciones (ver subcriterio 7-A). En el año 2006, además, se introduce “la semana de la queja” en la que los profesionales pueden aportar quejas o sugerencias anónimas en buzones habilitados para este fin.

Búsqueda de fondos públicos y privados y colaboración con entidades y Fundaciones:

Se han llevado a cabo multitud de colaboraciones con Fundaciones Privadas que han resultado en la participación de las mismas en conseguir la misión, visión y valores del Servicio. Gracias a estas colaboraciones, el Servicio ha dispuesto de profesionales que mejoran la asistencia que se oferta, fondos para formación de los trabajadores del Servicio, contratación de profesionales con fondos externos al Hospital (más de 25 en el momento actual), remodelar la UADO y comprar material etc. (ver punto 2.A). El Jefe de Servicio ha conseguido en forma de fondos para proyectos de investigación más de tres millones de euros que sin duda han repercutido en fomentar la actividad de calidad en el Servicio (ver apartado de resultados). Todo esto demuestra además de liderazgo la visión de búsqueda activa externa de colaboración y fondos con importantes resultados tangibles.

1.E. LOS LÍDERES DEFINEN E IMPULSAN EL CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN

Los líderes del Servicio intentan sustentar los cambios en la organización en fenómenos internos (teniendo en cuenta los distintos cuestionarios de satisfacción y reuniones de coordinación) y externos (como la

evolución del sector, la política o la sociedad y cómo pueden afectar a la organización).

Se identifican y seleccionan los cambios que es necesario introducir en la organización, en el modelo de organización y en sus relaciones externas.

Se promueve el desarrollo e implementación de un sistema de gestión que permite desplegar la estrategia a través de un plan estratégico basado en las áreas de mejora detectadas en la evaluación del Servicio y priorizadas por sus profesionales (ver plan estratégico y líneas de actuación 2012-2015).

Asimismo, se potencian iniciativas de personas del Servicio acordes con la estrategia, para potenciar el talento y ponerlo al servicio del Servicio. En este sentido se enmarca el desarrollo de programas innovadores, liderados por personas del Servicio involucradas directamente en su diseño y puesta en marcha.

Se señalan algunos de los cambios en la organización llevados a cabo:

- Se organizan distintos grupos de trabajo para cumplir las demandas detectadas y trabajar en las áreas de mejora acordadas con los profesionales.
- Se promueven y apoyan todas aquellas iniciativas de mejora que surgen de los grupos de trabajo del Servicio.
- Se cambia el sistema tradicional de escritura para la prescripción médica y la gestión de botiquín de farmacia por un sofisticado sistema de prescripción electrónica (PIXIS), con el objetivo de reducir el número de errores en la prescripción y facilitar el trabajo de los distintos profesionales.
- Se cambia 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 un programa de diagnóstico diferencial de autismo asociado al programa AMI-TEA.
- 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 22q, 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 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 un

psiquiatra a pesar de la situación coyuntural de reducción generalizada de recursos en la Comunidad de Madrid.

- En el año 2014 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.

**CRITERIO 2.
POLÍTICA Y ESTRATEGIA**

2.A. LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

En este punto de la memoria se definen los distintos grupos de interés y qué supone cada uno de ellos para el Servicio. De forma general, consideramos nuestros clientes a los usuarios de los servicios que proveemos, consideramos *parteners* o aliados a las demás organizaciones sociales o sanitarias que trabajan en la provisión de servicios a nuestros usuarios desde otros niveles o disciplinas y cuya coordinación es imprescindible para una adecuada continuidad de cuidados en la atención a nuestros clientes. A partir de ahí, son considerados otros grupos de interés el resto de las organizaciones con quienes mantenemos alianzas, que se benefician de nuestros servicios directa o indirectamente pero que no proporcionan servicios directos a nuestros usuarios. Teniendo en cuenta que la satisfacción de nuestros trabajadores no es sólo un fin en sí mismo sino también una forma de potenciar que los pacientes reciban un trato y un tratamiento adecuados, se considera a los trabajadores del Servicio uno de los grupos de interés fundamentales a la hora de definir la política y estrategia.

A continuación se presentan definiciones concretas de cada uno de los grupos de interés:

- **Cientes: Pacientes y familiares o tutores legales.** Se entiende por cliente del Servicio a los enfermos ingresados en la Unidad de hospitalización de adolescentes, a los tratados en sus consultas externas y a los atendidos en la interconsulta. Al tratarse de pacientes menores de edad, entendemos que sus familiares o tutores legales son también nuestros clientes directos.
- **Trabajadores del Servicio,** considerando como tales a todos los trabajadores que componen la plantilla del Servicio de todas las profesiones independientemente del tipo de contrato que posean. Excluimos de este grupo a los estudiantes y rotantes, debido a la brevedad de su estancia en el Servicio.
- **Aliados o Parteners.** Se consideran aliados del Servicio a todos aquellos recursos sanitarios, educativos, sociales, judiciales y todas aquellas organizaciones sin ánimo de lucro y con iniciativa

social que tengan que ver con niños y adolescentes. Se consideran aliados a nivel sanitario todos los Servicios del Hospital que nos derivan pacientes o que nos solicitan interconsultas (en especial Servicios del Materno-Infantil), los Centros de Salud Mental (CSM) de fuera del área 1 (Programa Asistencial Infanto-juvenil), y Hospitales de Día infanto-juveniles; a nivel educativo todos los Centros de Educación normalizada, Centros de Educación Especial y Programas de Garantía Social y Programa de Adaptación a la vida adulta; a nivel de recursos sociales, los programas de atención a menores y familia, centros de atención a la infancia (CAI), Equipos de trabajo con menores y familia (ETMF), el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor (IMFM) en el caso de menores con medidas de protección (tutela o guarda), la Dirección General de la Mujer para los menores del programa Atiende infantil y que son hijos de mujeres víctimas de violencia de género y en general todos aquellos recursos de ámbito público o privado que puedan ser utilizados para una mejor atención de las necesidades del menor y sus familias.

Fundaciones privadas: La relación del Servicio con Fundaciones Privadas con interés en la salud mental infanto-juvenil ha sido muy intensa desde la creación de la Unidad de Hospitalización del Servicio. De esta forma se han conseguido fondos, personal, material, construcciones, colaboraciones docentes y de investigación que no se hubiesen podido conseguir por otras vías. Gracias a la colaboración con *Save the Children*, hemos contado, en los períodos en los que ha habido vacaciones escolares, con profesionales de esta Fundación que han cubierto esos espacios con actividades específicas para la edad de los pacientes ingresados. Lo mismo ha ocurrido con la Fundación Curarte, cuyos profesionales han trabajado en la Unidad de Hospitalización del Servicio con los menores ingresados promoviendo la salud mental a través del arte. En este caso, esta Fundación ha conseguido financiación para remodelar por completo la planta de hospitalización del Servicio. La Fundación Alicia Koplowitz, mediante convenio firmado con la Fundación de Investigación del Hospital, contrata a psiquiatras que tras dos años de formación en el extranjero se incorporan a nuestro Servicio durante un período de seis meses, y ha facilitado también la elaboración del libro blanco de la especialidad, que nos ha permitido compararnos con otras CCAA, gracias al patrocinio de la Cátedra de Psiquiatría Infantil FAK-UCM de la que es Director

el Jefe de Servicio. En el año 2014 se ha conseguido un objetivo prioritario en nuestro plan estratégico actual, la construcción de una terraza con espacio para actividades recreativas y deportivas al aire libre, gracias a la Fundación Esther Koplowitz. Se han conseguido fondos para investigación de Fundaciones privadas nacionales e internacionales: NARSAD y Stanley (EEUU), Marcelino Botín, Fundación Alicia Koplowitz, Mutua Madrileña, Caja Navarra, Fundación Areces, etc. (ver otras en criterio de liderazgo).

- **Otros grupos de interés:** Aquellas organizaciones o asociaciones con quienes trabajamos o colaboramos, que se pueden beneficiar directa o indirectamente de nuestra actividad, pero que no trabajan en la provisión de servicios a nuestros clientes. Ejemplos serían asociaciones de familiares y de pacientes, sociedades científicas, sociedad en general, universidades y unidades de hospitalización para niños y adolescentes de otros hospitales generales.

El desarrollo de la política y estrategia del Servicio parte de las directrices marcadas desde el Servicio Regional de Salud de la C.M., desde la

Dirección del Hospital Universitario Gregorio Marañón y desde el Departamento de Psiquiatría del Hospital. En base a las evaluaciones previas realizadas se han identificados áreas de mejora que se han priorizado por los profesionales del Servicio y que han dado lugar a los distintos planes estratégicos que ha tenido el Servicio. El actual es el plan estratégico 2012-2015. Además de las líneas estratégicas marcadas por el Hospital y el Departamento, algunos de los documentos y normativas que sirven de base para la elaboración y revisión de nuestra política y estrategia son las estadísticas anuales de la Comunidad de Madrid, las Memorias de la Red Integrada de Salud Mental de la C.M. y en el Plan de Salud Mental de la C.M.2010-2014, entre otros documentos.

Además de estas directrices políticas y organizativas, que en muchas ocasiones son insuficientes y no están actualizadas, el Servicio establece sus propios mecanismos para adaptarse a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, por lo que ha desarrollado un sistema de recogida continua de información de dichos grupos. Mediante esta recogida de información se identifican expectativas y se lleva a cabo el seguimiento de la implantación de la política y estrategia.

Algunos métodos de recogida de información quedan resumidos en la tabla 2.A.1.

Tabla 2.A.1.	
MÉTODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	
GRUPO DE INTERÉS	MÉTODO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
Clientes (pacientes/familiares)	Encuestas de satisfacción de aplicación continua
	Sugerencias y reclamaciones
	Grupo terapéutico de padres semanal
	Reuniones periódicas de los responsables del paciente con familiares
	Reuniones con asociaciones de pacientes
	Contacto telefónico diario con los padres de pacientes ingresados
Trabajadores del Servicio	Contacto diario con los padres al finalizar las visitas. El personal de enfermería recoge toda la información relativa a la visita y registra además las preocupaciones de familiares/tutores en el cárdex
	Reuniones trimestrales de gestión
	Disponibilidad de los responsables para reuniones informales
Partenars o aliados	Encuesta bianual de satisfacción de profesionales
	Semana de la queja
	Contacto directo con responsables de pacientes en salud mental ambulatoria
	Encuestas bianuales a los psiquiatras de los CSM
	Reuniones mensuales de coordinación del área de salud
	Sesión clínica quincenal con profesionales del área
	Reuniones con escuelas, Equipos de orientación Psicopedagógica generales (EOEP) y específicos (como el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo) y Centros de Atención a la Infancia
Conversaciones y reuniones con el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor y la Dirección General de la Mujer de manera continuada	
Otros grupos de interés	Visitas puntuales a Recursos Intermedios de Salud Mental
	Reuniones puntuales con otras unidades de psiquiatría del niño y del adolescente
	Reuniones periódicas con asociaciones de familiares y pacientes
	Recepción constante de rotantes y estudiantes de otros centros
	Intercambio directo de información con otras unidades de psiquiatría del niño y del adolescente
Contactos en congresos y reuniones científicas	
Alumnos de Medicina (programa Docencia de la Oficina de Calidad para la evaluación docente del profesorado)	

Otra fuente de información de las necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés se encuentra en las publicaciones científicas en revistas, libros, conferencias de congresos, cursos etc., que nos dan información de las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares.

Ejemplos concretos de identificación de necesidades, tendencias y oportunidades son los siguientes:

Hacia el año 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 en nuestro país. De esta forma, y en contacto con la Federación y Asociaciones de Familiares de Autismo, priorizamos una serie de iniciativas como el programa AMI-TEA y una consulta de Diagnóstico Diferencial y Detección Precoz de TEA que fueron propuestos y aprobados por la Consejería de Sanidad. Otro ejemplo es el de la financiación de Proyectos con Fondos Europeos. Al inicio de la crisis económica en nuestro país, que ha supuesto más de un 30 % de recortes para fondos de investigación, comenzamos a priorizar los proyectos competitivos a nivel europeo más que nacional. Los últimos años los fondos europeos para la investigación se han incrementado en un 50 %. Y nuestro grupo, a pesar de la crisis y de la disminución de fondos para la investigación en nuestro país, ha incrementado la partida de financiación para investigación gracias a los proyectos europeos.

En el 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.

2.B. LA INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MEDICIÓN, EL RENDIMIENTO, INVESTIGACIÓN, APRENDIZAJE Y CREATIVIDAD SON EL FUNDAMENTO DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

Además de la información de los grupos de interés, en nuestra política y estrategia se integra información proveniente de muchas otras fuentes, que nos dan información de datos 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. El acceso a estos datos es constante.

Los datos sociales y demográficos, necesarios para adaptar nuestros servicios a la población de referencia, nos los proporcionan periódicamente los organismos correspondientes de la Comunidad de Madrid. Ejemplos de estos documentos son los censos oficiales y los estudios demográficos de la Comunidad. En base a estos datos se toman medidas preventivas. Por ejemplo algunos profesionales del Servicio, ante los datos del aumento de inmigración a nuestras áreas de referencia, han realizado cursos de formación específica de temas relacionados con la inmigración, enfocados para distintas disciplinas. Ante el aumento de enfermedades genéticas varios profesionales se han formado en genética clínica e incluso en el año 2014 dos psiquiatras de la Unidad van a realizar un año de formación, con financiación del Ministerio, en uno de los mejores Departamentos del mundo (UCSF, California) en este tema. Ante los datos proporcionados por la Dirección General de Farmacia de incremento del uso de psicotropos en población infanto-juvenil hemos desarrollado colaborando con ellos guías farmacológicas para el buen uso de estos fármacos en las principales patologías de la infancia y adolescencia. También participan varios psiquiatras del Servicio en guías clínicas y terapéuticas de sociedades científicas y autoridades sanitarias.

Para una visión más global de la evolución de los trastornos y de los recursos comparativos por CCAA, en un ejercicio de benchmarking se coordinó por parte del Jefe de Servicio el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente publicado en el año 2014 y que se ofrece de forma gratuita a toda la comunidad profesional (<http://catedra.psiquiatriainfantil-fundak.es>). La aparición de nuevas patologías y tratamientos innovadores se estudia en las publicaciones y estudios científicos al respecto, por ejemplo en sesiones bibliográficas quincenales a las que acuden también los rotantes en formación y el personal investigador para discutir sobre artículos de reciente publicación.

El intercambio de información con otras Secciones y Servicios de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil nos aporta información de métodos de tratamiento y gestión a incorporar en nuestra práctica clínica, por lo que se han establecido alianzas con diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales (ver criterio 4). Además, los profesionales del Servicio buscan información de otros centros dedicados a la salud mental, que aunque no tienen los mismos

objetivos y programas asistenciales nos sirven para obtener información de la continuidad del tratamiento del paciente.

Los trabajadores del Servicio participan en grupos de gestión y foros de discusión para obtener información de nuevas corrientes en salud mental. Así, por ejemplo, algunos de los trabajadores del Servicio han participado y participan como expertos en los grupos de trabajo para la creación del Plan de Salud Mental y en el Plan de Atención Social a la Infancia o en los grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento Farmacológico de la Comunidad de Madrid y del Ministerio de Sanidad. Varios psiquiatras del servicio asesoran a las Agencias Española y Europea de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS y EMA). Muchos profesionales del Servicio son vocales o secretarios de sociedades científicas nacionales (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica) o Presidentes electos de sociedades internacionales (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP). Una de las psiquiatras es copresidente de la Red Europea de Neuropsicofarmacología Infantil. El Jefe de Servicio es asesor de la Comisión Europea y del Consejo Europeo en materia de salud mental.

También se utilizan los resultados de indicadores de rendimiento del Servicio, como por ejemplo los provenientes de la explotación de datos de historias clínicas, datos de memorias anuales del Servicio, comparaciones con otras unidades hospitalarias, etc.

En cuanto a la investigación, se utiliza la memoria anual de investigación 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 de Instituto e Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón y el Director Científico del CIBERSAM, él es uno de los encargados de la elaboración y coordinación de las mismas.

Muchos de los servicios ofertados se benefician de la innovación y nuevas tecnologías que mejoran la eficiencia de los mismos. El uso de PIXIS para la prescripción electrónica mecanizada que reducen los errores de prescripción (fuimos el primer Servicio en utilizarlos en el hospital), el uso de la historia clínica electrónica, que facilita la comunicación entre profesionales e integra la información de los pacientes (fuimos el primer Servicio en utilizarlo en el Departamento de Psiquiatría), uso de la página web

para informar a los pacientes, familiares y sociedad sobre nuestros servicios (que ha tenido casi 16.500 visitas en los primeros 6 meses de 2014), desarrollo de programas innovadores (de los cuales hemos registrado la Propiedad Intelectual) que son referente internacional como AMI-TEA, Doctor TEA o PIENSA o la 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.

Por último 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. hace 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 a ellas de darse, 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 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.

Nuestro Servicio ha sido también el primero en Psiquiatría y uno de los primeros en el hospital en implantar la historia electrónica que favorece la comunicación entre profesionales y permite sistematizar la información sobre los pacientes. Previendo que una de las complicaciones que puede tener este tipo de historia es la menor privacidad de la información sensible que se recoge, por otra parte común en nuestra especialidad, hemos trabajado con el Servicio de informática en este sentido. Hemos sido el primer Servicio del Hospital y de Psiquiatría de Madrid que en este año 2014 tenemos una historia electrónica que permite que haya datos subjetivos que sólo se comparten con el resto de profesionales autorizados del Servicio o que tengan privacidad total si se considera que no son relevantes para las decisiones que puedan tomar otros profesionales.

Para facilitar además la sistematización de la información clínica recogida, se han desarrollado varias plantillas asociadas a la historia electrónica que aseguran que se recojan los datos básicos relevantes. Dichas plantillas están disponibles para la Unidad de

Hospitalización y consultas externas, el programa AMI-TEA y se están desarrollando para el programa del menor infractor y para situaciones clínicas específicas como el despistaje médico previo a la utilización terapéutica de fármacos estimulantes.

2.C. DESARROLLO, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

De forma general, podemos diferenciar dos grandes bloques de objetivos en los que se materializa la política y estrategia del Servicio, que se especifican en la Carta de Servicios y los objetivos periódicos (principalmente anuales).

La primera Carta de Servicios de la antigua Unidad de Adolescentes se redactó tras la autoevaluación llevada a cabo en el año 2003, al identificar la necesidad de definir por escrito los servicios de la Unidad, los requisitos de calidad con los que se llevarían a cabo y el método de seguimiento y evaluación que se utilizaría. Esta carta de Servicios fue actualizada el año 2010 y además se realizó una segunda carta más específica para uno de los programas de la Sección: AMI-TEA. Este año 2014 se han vuelto a actualizar las Cartas de Servicio recogiendo los últimos cambios acaecidos en el Servicio y potenciando aspectos como la página web y las redes sociales. La publicación de estas dos nuevas Cartas de Servicios y su difusión entre los ciudadanos supone un compromiso público de los servicios ofrecidos a los usuarios y el nivel de calidad de los mismos. Las prestaciones ofertadas en la Carta de Servicios son las siguientes:

- 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 extrahospitalarias.
- Investigación.
- Docencia.

Entre los requisitos de calidad establecidos en la Carta de Servicios destaca el uso eficiente de recursos, la 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 y el trabajo según los principios de la mejora continua de calidad. La Carta de Servicios también establece que la docencia y la investigación son actividades básicas del Servicio.

La evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la Carta de Servicios se hace cada dos años mediante un informe que se da a la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano sobre el cumplimiento del compromiso de calidad, en el cual se incluyen los datos relativos al seguimiento de los indicadores de gestión desde la última modificación. Además, otros datos utilizados para su evaluación son: la puntuación de las autoevaluaciones EFQM, los datos de indicadores de actividad hospitalaria, auditorías de historias clínicas, medidas de calidad percibida, datos de formación continuada de los trabajadores y producción científica del Servicio.

Por último, 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).

Además de los objetivos establecidos en la Carta de Servicios del Servicio, se establecen objetivos más concretos para cumplir a corto plazo. El seguimiento de estos objetivos se hace a corto y a medio plazo. A corto plazo, el Jefe de Servicio se reúne quincenalmente con los Jefes de Servicio y Responsables de Sección del Departamento y la Jefa de Departamento de enfermería para el seguimiento de los mismos. A medio plazo, se hace una reunión de evaluación de indicadores para evaluar su cumplimiento así como la evaluación del grado de cumplimiento del plan estratégico por parte del grupo de procesos.

Además de 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.

Según se van identificando cambios en las características de la población tratada o las demandas de ésta, se van introduciendo cambios en las líneas de actuación. Así, por ejemplo, se han abierto recientemente programas para menores con síndromes genéticos (en número cada vez mayor) y comorbilidad psiquiátrica o menores con medidas judiciales.

2.D. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA MEDIANTE UN ESQUEMA DE PROCESOS CLAVE.

Estos objetivos se llevan a la práctica mediante un sistema de procesos que queda explicado en el criterio 5. Los procesos están divididos en procesos de gestión, procesos operativos y procesos de soporte, aunque estos últimos están principalmente gestionados por el hospital y el Servicio no tiene responsabilidad sobre ellos.

2.E. COMUNICACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LA POLÍTICA Y ESTRATEGIA.

La comunicación de la política y estrategia se hace principalmente durante las reuniones de gestión que se llevan a cabo en los distintos recursos asistenciales (CSM, Infantil y Unidad de Hospitalización). En la UADO se llevan también a cabo reuniones trimestrales de equipo, de las que participan los trabajadores de los tres turnos horarios y en las que se transmite la política de forma implícita.

En los casos en los que, para implantar algún aspecto concreto de la Política y Estrategia, sea necesaria la elaboración de algún documento, proceso o modificación de la práctica diaria, se hacen reuniones especiales de comunicación y planificación. Así mismo, la comunicación continua y directa entre miembros del personal en su práctica cotidiana es un medio de transmisión e implantación continua.

En este sentido, en la siguiente tabla (Tabla 2.E.1) se detallan las reuniones de coordinación que se llevan a cabo en el Servicio para facilitar el trabajo clínico y de investigación y en las que se favorece la comunicación entre miembros del personal y la diseminación de la política y estrategia.

Tabla 2.E.1	
Reuniones de Coordinación del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente	
Acción	Periodicidad
Reuniones coordinación Psiquiatría infantil y programas asociados (neuropsicología, UMERP, psiquiatría de enlace)	Semanales
Reuniones coordinación de la UADO	Diarias
Reuniones coordinación casos nuevos de la UADO	Semanales
Reuniones para evaluar desarrollo de acciones de mejora del trabajo clínico en la UADO	Mensuales
Reuniones coordinación programa PIENSA	Semanales
Reuniones coordinación programa ATraPA	Semanales
Reuniones coordinación programa AMI-TEA	Quincenales
Reuniones de coordinación interna entre los diferentes 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	Dos veces a la semana
Reuniones de coordinación de Psiquiatría Infantil y Neuropediatría	Quincenales
Reuniones de coordinación de Psiquiatría Infantil y Neonatología	Semanales

**CRITERIO 3.
PERSONAS**

3.A. PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS HUMANOS

La planificación básica de los recursos humanos, tanto de personal con dedicación exclusiva al Servicio como de recursos humanos compartidos con el resto del hospital, formaba parte del proyecto de creación del Servicio. Esta planificación se elaboró a partir de los ratios propuestos por las sociedades científicas en materia de personal y los objetivos establecidos para el Servicio. En el momento de su apertura, el Servicio comenzó a funcionar con un número de profesionales ligeramente inferior al propuesto. El responsable del Servicio y el resto de los trabajadores han seguido esforzándose en presentar datos que demostrasen la necesidad de aumentar la plantilla hasta alcanzar el plan inicial propuesto, datos que han servido para ir añadiendo profesionales progresivamente hasta formar la plantilla propuesta. De hecho y gracias a la consecución de intensificaciones para investigación de los Ministerios de Sanidad, Ciencia e Innovación y Economía y Competitividad y de otras conseguidas con fondos de investigación hemos conseguido contratar a ocho psiquiatras y dos más, sin que se necesiten fondos del hospital para ello. Esto significa que cuatro personas del Servicio pueden desarrollar su actividad investigadora sin que esto suponga un aumento de carga asistencial para el resto del equipo, por ser asumida la carga asistencial de estos profesionales por nuevos profesionales contratados para ello. Significa también que en el momento actual tengamos prácticamente el mismo número de psiquiatras contratados por el Hospital que los conseguidos con fondos externos, lo que es único en nuestro Hospital.

La formación específica en salud mental del Niño y Adolescente se considera un requisito importante para obtener una buena calidad asistencial en el Servicio. Para la selección de los profesionales, en la medida en que lo permite el convenio de personal de la Comunidad de Madrid, se pactaron perfiles profesionales para la contratación de los psiquiatras, los psicólogos clínicos y terapeuta ocupacional. En el año 2007 se consiguió incrementar el número de psiquiatras de la Unidad de Hospitalización a cinco, equiparándose así con el resto de Unidades de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital. En el año 2009 la unión de las secciones de psiquiatría infantil y psiquiatría del adolescente sumado a intensificaciones y contratos Post-MIR del Instituto de Salud Carlos III, aumentó el número de psiquiatras a quince. Desde la creación del Servicio de Psiquiatría del Niño y el

Adolescente en 2013 este número se ha incrementado hasta 17 (8 de ellos contratados con fondos externos). Recientemente se ha reubicado un puesto de psiquiatra del Departamento a nuestro Servicio tras comunicar los datos sobre listas de espera en atención a niños y adolescentes. Desde que existe libre elección de médico en nuestra Comunidad se ha triplicado la demanda de consultas (lo que genera que la lista de espera llegue a ser de 165 días en psiquiatría infantil en junio de 2014). Esto da idea de la percepción que el Servicio tiene entre los ciudadanos de esta Comunidad. El estudio de necesidades de personal y las características del mismo se repite siempre que la ocasión lo requiere. Debido a este esfuerzo, a pesar de la situación coyuntural que ha ajustado las plantillas de Sanidad, el Servicio ha conseguido ir aumentando profesionales de forma continuada en los últimos años. La selección y gestión de recursos humanos se lleva a cabo según la legislación que regula la gestión de personal de las administraciones públicas (principalmente, ley 30/84 de Medidas para la Reforma de Función Pública, Estatuto de los Trabajadores, Ley 15/1998 y ley 63/1997) y por los convenios colectivos de personal laboral y funcional de la Comunidad de Madrid y el Convenio Colectivo de los trabajadores del H.G.U.G.M. Mediante toda esta normativa se definen los procesos de selección, tipos de contratación, ascensos, movilidad, categorías profesionales, remuneración y reconocimientos del personal. De igual forma, esta normativa especifica las actuaciones existentes para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a los puestos de trabajo, la posibilidad de carrera profesional, y la existencia o no de evaluaciones de rendimiento de trabajadores o promociones por logros profesionales. La gestión de personal para todo el H.G.U.G.M. es tarea de la Subdirección de Personal a través de su Servicio de Empleo, Administración y Retribuciones. El Servicio, por lo tanto, no dispone de ningún plan de gestión de recursos humanos o política de recursos humanos, ya que no tiene poder de decisión al respecto, salvo orientar y asesorar cuando se requiere, además de la contratación del personal contratado con recursos externos al Hospital.

Dentro del marco expuesto, la vía que más se ha potenciado para la mejora de los recursos humanos del Servicio es la formación y motivación de los profesionales, aumentando así su capacitación para el mejor tratamiento de este colectivo específico. También se han conseguido contratos de profesionales gracias a fondos externos del hospital a través de la actividad investigadora, gracias a la cual se han

podido incorporar más de 50 personas contratadas, no becarias, al Servicio. En la actualidad están en activo más de 25.

3.B. IDENTIFICACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN.

La formación continua es considerada un elemento esencial para el buen desempeño laboral de los profesionales sanitarios. El Servicio potencia el aprendizaje mediante un programa de formación continua y la definición de un sistema de trabajo que favorece el aprendizaje y el intercambio de conocimientos entre profesionales.

Los trabajadores del Servicio, como trabajadores de la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid, tienen acceso a los servicios de formación ofrecidos por la Comunidad, que en estos momentos depende de la D.G. de Investigación, Formación e Infraestructuras de la Consejería de Sanidad. Además el H.G.U.G.M. tiene un área de Formación clínica que recibe propuestas de actividades de formación de los profesionales. Así, varios cursos organizados estos años sobre desactivación verbal, defensa personal o discusión de casos clínicos han sido propuestos desde el mismo Servicio. Las Áreas de formación del H.G.U.G.M. pertenecen al Plan de Formación Especializada de la Comunidad de Madrid, que se aprueba anualmente. Algunos profesionales del Servicio han sido coordinadores de varios cursos y los han impartido. Hemos participado además en múltiples cursos oficiales y de doctorado como puede verse en apartado de resultados.

Lejos de conformarse con la formación general ofrecida por todos estos organismos, al considerar fundamental la formación específica en materias de psiquiatría infanto-juvenil, el Servicio ha definido su propio sistema de formación continuada. Este programa de formación está compuesto por:

- Sesiones clínicas quincenales de casos de niños y adolescentes con los especialistas en Salud Mental del Hospital materno-infantil, la Unidad de Adolescentes y los Centros de Salud Mental del área adscritos al hospital. Están coordinadas por una de las psiquiatras del Servicio y desde el año 2006 se ha conseguido su acreditación parte de la Agencia Laín Entralgo actualmente Dirección

General de Investigación, Formación e Infraestructuras.

- Sesiones bibliográficas internas quincenales, a las que acuden psiquiatras, residentes, investigadores y rotantes del hospital y del área.
- Sesión clínica semanal en el Departamento de psiquiatría, en la que se presentan casos de adultos y niños y adolescentes, a las que acude el personal del Servicio.
- Sesiones clínicas trimestrales a las que acuden además los profesionales de Salud Mental de los Centros de Salud Mental adscritos al Hospital.
- Sesión clínica de enfermería en el hospital, que a veces tratan casos de psiquiatría de niños y adolescentes.
- Curso anual de patología psiquiátrica infanto-juvenil, ofertado gratuitamente tanto a los trabajadores del Servicio como a profesionales de otros centros de la Comunidad.
- Cursos específicos para personal del Servicio relacionados con el cumplimiento directo de sus funciones, como los cursos de contención física y de desactivación verbal. Estos cursos se han repetido para el personal de nueva incorporación a la Unidad de Hospitalización del Servicio.
- Cursos de verano del Escorial realizados de forma consecutiva los tres últimos años sobre temas de actualidad en psiquiatría infanto-juvenil.
- Cursos de formación en los que participan como ponentes personalidades nacionales e internacionales de gran relevancia en esta especialidad.

Algunos de los temas de estos cursos o seminarios se deciden a petición de los trabajadores. Por ejemplo, el personal de enfermería solicitó los primeros años cursos de psicopatología, que impartió el Jefe de Servicio. Más recientemente, enfermería consideró necesario recibir formación en el manejo del paciente violento, llevándose a cabo cursos de Técnicas de Contención para pacientes agitados y de desactivación verbal exclusivamente para el personal del Servicio financiados con fondos propios procedentes de lo generado mediante proyectos de investigación.

El inicio de nuevas tareas asistenciales también ha ido acompañado de formación específica. Desde la creación del Programa de atención a personas con autismo (AMI-TEA), se ha facilitado la formación de profesionales implicados en técnicas e instrumentos

específicos de diagnóstico de esta patología (ADOS, ADI-R), habiéndose acreditado para su uso en clínica e investigación 7 profesionales y estando en proceso de acreditación varios más en este momento. Además, la psiquiatra responsable del programa AMI-TEA se ha acreditado como formadora en la herramienta ADOS, lo que facilita la formación continuada de los trabajadores del Servicio. De hecho es la única persona acreditada en España como formadora del instrumento acreditada por la Universidad de Cornell. De igual manera, desde el inicio de trabajo del programa para menores con problemas de personalidad (ATraPA), se han llevado a cabo 2 cursos en el Servicio de formación en técnicas específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT).

La asistencia a congresos científicos es también una oportunidad de crecimiento profesional que se intenta ofertar y financiar desde el Servicio a todas las categorías profesionales. Los profesionales del Servicio coordinan mesas específicas de psiquiatría infanto-juvenil y presentan ponencias en los Congresos y Jornadas de la Sociedad Española de Psiquiatría, la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, la Asociación Española de profesionales de Autismo, en las Jornadas de Enfermería de Salud Mental, el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, el Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología, entre otros. Aunque los que más facilidad tienen para acudir a congresos son los psiquiatras, se potencia la asistencia de las demás categorías utilizando los ingresos que se generan de la actividad investigadora del Servicio para sufragar la asistencia a congresos de becarios, personal de enfermería y otros profesionales (ver datos del criterio 7).

La participación de los profesionales en cursos y congresos como ponentes también se ha promovido y apoyado desde el Servicio puesto que es bien sabido que la preparación, transmisión e intercambio del material para dichas actividades docentes constituye la experiencia de aprendizaje más efectiva y duradera. De hecho, siempre se priorizan las peticiones de asistencia a congreso de aquellos profesionales que presenten algo en los mismos. Por ejemplo, el departamento de formación continuada del hospital solicitó a Enfermería del Servicio los cursos sobre Técnicas de Contención Mecánica, impartidos por el personal de Enfermería del Servicio. Además profesionales de Enfermería del Servicio imparten cursos sobre TCA en el Colegio Oficial de Enfermería. Por último, el Jefe de Servicio imparte

en un curso de EFQM de la Dirección General de Calidad de los Servicios una clase sobre experiencia práctica de aplicación del mismo tomando como ejemplo el Servicio de psiquiatría del Niño y Adolescente.

Los profesionales del Servicio, en particular los psiquiatras, participan activamente en la formación de los residentes de Psiquiatría del Hospital y estudiantes de medicina. El Jefe de Servicio es Profesor Titular de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Maryland y por lo tanto uno de los dos responsables en el hospital de impartir la misma. Otros 3 psiquiatras son Profesores Asociados, y el resto de psiquiatras del Servicio colaboradores docentes. Una de los psiquiatras es Tutora de residentes MIR y una de las psicólogas es Tutora de los residentes PIR y los demás participan de forma activa y reglada con espacios quincenales de formación en metodología de investigación y lectura crítica de la bibliografía. Además, dos DUES del Servicio forman parte del profesorado colaborador en la especialidad de Enfermería de Salud Mental en la Escuela de Enfermería de Madrid y tutorizan, junto al resto de DUES del Servicio, las prácticas de los EIR. El personal de Enfermería del Servicio participa también como miembro de la comisión de docencia de la especialidad de la unidad docente de la escuela de enfermería de la Comunidad de Madrid.

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 de la Unidad, al igual que para los del resto del hospital.

Además de cursos y congresos, en el Servicio se trabaja con sistemas de trabajo que favorecen la adquisición de nuevos conocimientos. Estos sistemas los proponen los profesionales y se discuten en las reuniones trimestrales de equipo. Algunos ejemplos de sistemas de trabajo definidos para potenciar el aprendizaje continuo en el medio de trabajo son:

- El personal de enfermería está presente en las entrevistas clínicas que lleva a cabo el psiquiatra con los pacientes ingresados. Si el caso lo requiere, participa también la trabajadora social.
- Se sigue un sistema rotatorio de enfermería, de forma que cada dos meses trabajan juntos un enfermero con un psiquiatra de la Unidad de ingreso hospitalario, para favorecer el aprendizaje mutuo y de conocer distintos modos de trabajo.

- Se ofrece la posibilidad a los trabajadores del Servicio de visitar otros centros y recursos extrahospitalarios de la Comunidad y de fuera de la Comunidad para conocer otros sistemas de trabajo.
- El Servicio ha establecido relaciones con otras unidades psiquiátricas de adolescentes de la Universidad John Hopkins, LA universidad de California-San Francisco (UCSF), la Universidad de Maryland, la Universidad de Columbia, el Hospital Clínico de Barcelona, el Instituto Psiquiátrico de Londres, la Universidad de Melbourne, el Zucker Hillside Hospital de Nueva York y el Hospital de Bellevue en Nueva York, entre otros, donde han acudido miembros del equipo para aprender cómo organizan sus procesos asistenciales y obtener información de protocolos y validación y fiabilidad de escalas. En la actualidad 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. Fruto de estas colaboraciones nuestro grupo ha realizado publicaciones en revistas internacionales con más de 100 instituciones distintas incluyendo las primeras universidades del Mundo (Harvard, Yale, Oxford, Cambridge, Hopkins, UCLA, etc.).
- 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 10 años personas del Servicio visitan recursos asistenciales de otras CCAA. 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 2014 el Hospital de Día AMICEM, el centro terapéutico de La Berzosa, y el Hospital de Día ICPR. Estas visitas se financian con fondos provenientes de los ensayos clínicos realizados por los médicos del Servicio.

Con el objetivo de ofrecer un espacio de formación para futuros profesionales, pero también para crear un ambiente de trabajo que potencie el aprendizaje continuo, en el Servicio rotan estudiantes de quinto curso de medicina, de tercer curso de enfermería, de trabajo social y residentes de psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional así como alumnos de tercer ciclo en los distintos Máster

en los que imparten clases profesionales del Servicio (uno de estos Máster en el que participan 5 universidades está coordinado por el CIBERSAM del que el Jefe de Servicio es su Director Científico).

La investigación es uno de los objetivos básicos del Servicio. Este hecho está en consonancia con los principios del hospital, que considera la investigación uno de sus valores. Entendemos también la oportunidad de participar en proyectos de investigación como un sistema de aprendizaje, crecimiento profesional y ampliación curricular de los trabajadores, alineando así los objetivos de la organización con los objetivos personales de los trabajadores. Cuando se llevan a cabo proyectos de investigación, estos no se limitan a los profesionales médicos puesto que de ellos participan activamente profesionales de la psicología, bioquímica, bibliometría, DUES, maestros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Algunos de ellos son trabajadores del Hospital y otros están contratados por el Servicio a través de la Fundación de Investigación del Hospital o del Instituto de Investigación Sanitaria. De la misma forma, cuando los resultados son presentados en congresos científicos o cuando se publican artículos en revistas científicas, todos los profesionales que han participado de la investigación aparecen como autores y en la filiación aparece del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Todas las investigaciones que se llevan a cabo en el Servicio, son aprobadas por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital.

El Servicio favorece cualquier iniciativa de los trabajadores dirigida a incrementar su formación, incluyendo en esto estancias fuera de la Unidad. En este año 2014, dos psiquiatras del Servicio realizarán una estancia de 10 meses de duración en la Universidad de California San Francisco (UCSF) para incrementar el conocimiento sobre los trastornos psicóticos y autismo tanto a nivel clínico como de investigación. Son estancias promovidas por la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital, con el objetivo de incrementar los conocimientos en un área o desarrollar una investigación concreta.

Se apoya y promueve que los trabajadores realicen publicaciones y comunicaciones científicas, ya que entendemos que el esfuerzo necesario en adquisición de conocimientos y revisión de información para la preparación de la publicación supone una formación importante para los trabajadores que repercutirá directamente en la atención de los pacientes y en la competencia de los trabajadores.

3.C. IMPLICACIÓN Y ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

Para implicar a los trabajadores en su tarea, además de las funciones propias de su cargo, se les ofrece la posibilidad de participar en proyectos de gestión del Servicio relacionados con su área de conocimiento, como pueden ser reuniones para elaborar documentos de consentimiento informado, guías clínicas o protocolos asistenciales. Estos grupos de trabajo siguen una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales que se tratan, que son quienes mejor conocen los procesos y quienes más directamente se beneficiarán (junto con los usuarios) de las decisiones acordadas. De esta forma se potencia la alineación de objetivos de trabajo entre la organización y los profesionales, y se motiva a los trabajadores, que sienten la organización como algo suyo. La participación en estas tareas es voluntaria y hasta ahora el número de profesionales dispuesto a participar es casi siempre superior al necesario. El hecho de contar con suficiente personal voluntario para estos grupos de estructuración de prácticas clínicas y el hecho de que muchas de estas actividades sean directamente promovidas por los profesionales, es considerado una prueba de que el sistema de gestión participativo consigue motivar a los profesionales.

Las reuniones trimestrales de equipo constituyen un foro idóneo de participación de todos los miembros del personal. Además, los trabajadores del Servicio tienen que presentar casos en las sesiones clínicas del Departamento.

Personal del Servicio participa además en la mayoría de las Comisiones del Hospital (Farmacia, Protocolos, Calidad, Investigación, Docencia, Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, entre otras), lo que redundará en aumento de la coordinación con otros Servicios.

Asimismo, 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. Reflejo de lo anterior es el desarrollo y liderazgo por parte de diferentes profesionales del Servicio de diferentes programas clínicos específicos (AMI-TEA, ATraPA, 22q11, entre otros) y todos los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el Servicio.

El hecho de escoger como sistema de gestión de calidad el modelo EFQM es otra muestra de la importancia de la inclusión de los trabajadores en la gestión del Servicio, puesto que se eligió este sistema por ser considerado muy participativo y porque obtiene una gran implicación del personal. Los grupos de trabajo EFQM funcionan con regularidad, integrados por personas de diferentes categorías laborales que participan en ellos de manera voluntaria.

Como muchos de los aspectos que influyen en la motivación y reconocimiento del personal del Servicio escapan de la capacidad de decisión del Jefe del mismo, en el protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores, el Jefe de Servicio se comprometió a transmitir la información obtenida a instancias superiores que contasen con poder de actuación en los aspectos evaluados, sirviendo así de puente de información, algo que se ha llevado a cabo ya en varias ocasiones.

3.D. EXISTENCIA DE UN DIÁLOGO ENTRE LAS PERSONAS Y LA ORGANIZACIÓN

El intercambio de información entre los directivos del hospital y los trabajadores del Servicio se realiza principalmente a través del Jefe de la misma y de la Supervisora de enfermería. Como ya se ha indicado (criterio 1), los líderes mantienen reuniones trimestrales con todos los turnos de trabajadores de la UADO y reuniones periódicas (semanales o quincenales) con los profesionales de otros dispositivos, siendo este un espacio donde compartir información, quejas, problemas, etc. Los profesionales hacen propuestas de contenidos para el orden del día de estas reuniones trimestrales. Una vez finalizada la reunión, se entrega por escrito el acta de la misma y en la siguiente reunión se realiza un seguimiento de los acuerdos. Además, para que los trabajadores tengan toda la información necesaria para realizar adecuadamente su trabajo, se realizan reuniones diarias y semanales donde se transmite tanto vertical como horizontalmente la información (criterio 1.C.).

En 2012 se habilitaron buzones disponibles de forma permanente para recoger de forma anónima quejas y sugerencias de los trabajadores, que posteriormente se analizan en las reuniones trimestrales.

Cada 2 años se llevan a cabo además encuestas de clima laboral para los trabajadores del Servicio, a las

que se ha asociado recientemente una encuesta de clima laboral. Los resultados de las mismas sirven de base para promover mejoras en el sistema de trabajo.

Como consecuencia de lo anterior, tras identificarse la necesidad de solventar problemas propios del funcionamiento interno, desde 2014 se han puesto en marcha reuniones mensuales para los trabajadores de la Unidad de Hospitalización que coordina una de las psiquiatras del Servicio.

Para los trabajadores que llegan nuevos al Servicio y para los estudiantes y residentes, se ha definido un sistema de orientación por el que un psiquiatra del centro explica a los recién llegados las normas de funcionamiento, los objetivos del Servicio, qué se espera de ellos, etc. Todos estos datos están en la página web del Servicio (www.ua.hggm.es). El funcionamiento del Servicio y lo que se espera de los rotantes en los distintos periodos de su rotación se explica en el documento de acogida que se entrega al inicio de la rotación que también está disponible en la web. Además, en el caso del personal de enfermería, durante el proceso de acogida el equipo de enfermería muestra los protocolos de actividades por turnos y días de la semana del personal de enfermería y la normativa de funcionamiento interno. Se ha realizado también un Protocolo de Coordinación en el que se recogen los distintos aspectos relacionados con la coordinación con dispositivos intra y extrahospitalarios para favorecer el conocimiento de los mismos para los profesionales que se incorporan al Servicio y ayudar a homogeneizar la práctica clínica en este sentido.

3.E. RECOMPENSA, RECONOCIMIENTO Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN

El reconocimiento y la motivación del personal en una organización sanitaria pública en la que tanto la retribución económica como cualquier otro tipo de beneficios están previamente establecidos deben basarse en los pocos aspectos que pueden motivar al profesional y que no están reglados. En el Servicio nos hemos centrado en la formación y en la capacidad de crecimiento profesional como puntos clave de motivación de los empleados.

La equidad en la cantidad y en las condiciones de trabajo entre compañeros es fundamental para motivar a los profesionales. En el Servicio se hace un reparto equitativo de casos nuevos a cada equipo de

psiquiatra-enfermero que sigue un orden rotatorio (riguroso pero flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes y del equipo, por ejemplo siempre se asigna un paciente que reingresa a profesional que lo ha visto en otras ocasiones para mejorar la continuidad de cuidados). El reparto equitativo del trabajo del personal de enfermería en la Unidad de Hospitalización se garantiza por un sistema rotatorio bimensual de adscripción del personal de enfermería a colaborar con uno de los psiquiatras. El resto de los miembros del personal del Servicio dan respuesta a las solicitudes de intervención promovidas por el Jefe de Servicio o de los otros facultativos y gestionan la tarea en función de criterios profesionales propios y de las prioridades que se establecen en reuniones diarias y semanales de equipo.

Se procura mantener unas condiciones de trabajo idóneas en las que se facilitan los descansos en función de las necesidades individuales de los trabajadores. El descanso del personal de enfermería se garantiza con un sistema basado en el Convenio Colectivo de los trabajadores del hospital, según el cual a cada trabajador se le concede un fin de semana libre alterno. El reparto de días libres es gestionado por la Supervisora de enfermería según unos criterios que priman las necesidades individuales de los trabajadores, sin perjuicio de las necesidades del servicio o de las necesidades de otros compañeros. Los turnos de vacaciones del personal de enfermería siguen un sistema rotatorio, y el resto de los profesionales acuerdan la distribución de vacaciones en función de sus necesidades y tras priorizar las necesidades del Servicio. Los psiquiatras que hacen guardias tienen derecho a librar el día siguiente y si por motivos asistenciales es más conveniente lo pueden hacer otro día posterior al de la guardia. Se facilita además que se cumpla la ley en relación la baja maternal, que puede disfrutarse desde la semana 37 de embarazo, y que puede complementarse con el permiso de lactancia.

La seguridad en el trabajo es un factor fundamental de atención a los profesionales, especialmente en un medio como la hospitalización psiquiátrica, con riesgos de agresiones y accidentes laborales. El Servicio cuenta con todos los mecanismos necesarios para proporcionar seguridad tanto a pacientes como a trabajadores. Como se comentará más extensamente en el criterio cuatro, (4.C.) en la Unidad de Hospitalización todos los despachos de profesionales cuentan con alarma para casos de emergencia, hay un guarda de seguridad fuera de la Unidad disponible para emergencias, cámaras en todas las habitaciones,

los profesionales de enfermería cuentan con sistemas de alarma personalizados conectados directamente con el Servicio de Seguridad. La Unidad ha sido líder en la implantación de muchos sistemas de seguridad, como por ejemplo el sistema de apertura de las puertas, el sistema de aislamiento de la habitación de reflexión o el sistema de prescripción electrónica que evita errores de administración de medicación. A pesar de todo esto, el tema de la seguridad fue identificado como un tema preocupante para los trabajadores en la autoevaluación del año 2002, por lo que desde entonces existe un grupo de trabajo para mejorarla formado por 5 profesionales voluntarios del Servicio. Algunos de los cambios implantados hasta la fecha han sido: 1) se han elaborado normas para uso de la habitación de seguridad y una nueva normativa para pacientes custodiados; 2) se ha implantado un nuevo sistema de sujeción de imanes para inmovilizar a los pacientes agitados, que tiene mejores prestaciones y es más seguro, recibiendo el personal adiestramiento en este sistema; 3) se cuenta con un nuevo circuito de cámaras que incluye la existencia de cámaras en todas las habitaciones y en la habitación de reflexión; 4) se han creado nuevas salidas desde la Unidad de Hospitalización; 5) se han facilitado dispositivos de alarma unipersonales a cada uno de los trabajadores de enfermería; 6) se ha actualizado el protocolo de contención mecánica; 7) el personal de seguridad acude a la Unidad de Hospitalización en cada cambio de turno para hacer acto de presencia ante los menores ingresados; 8) se contabilizan desde hace cuatro años todas las agresiones al personal (así como el resultado de la misma); 9) se ha remodelado la habitación de reflexión que ahora es más segura por no tener esquinas, estar mucho mejor acolchada, y estar decorada de manera tranquilizadora.

Cuando en las evaluaciones trimestrales o de manera puntual se ha identificado el tema de seguridad como una preocupación para los profesionales del Servicio se han convocado Gabinetes de Crisis para dar respuestas concretas y promover planes de mejora. A pesar de ello la seguridad de los trabajadores de la Unidad de Hospitalización 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 incrementarse los ingresos de pacientes con retrasos cognitivos y alteraciones de conducta asociados.

El reconocimiento a los trabajadores del Servicio por parte de los Jefes se realiza en las reuniones de trimestrales de equipo, reuniones diarias, etc. Para

motivar a los trabajadores y que sientan reconocido su trabajo, los líderes del Servicio comunican a la dirección del hospital los logros obtenidos por los trabajadores, por lo que estos reciben reconocimiento directamente de ellos. En muchas ocasiones estos logros son reflejados en la intranet del hospital, el periódico de Salud Madrid y en Diario Médico. Varios trabajadores del Servicio han sido premiados (Cruz al Mérito Civil en Sanidad y nombramiento de Académico de la Real Academia de Medicina, 2 psiquiatras con premio a investigador de excelencia de la Sociedad Española de Psiquiatría y otros 3 a joven investigador de la Sociedad Española de Psiquiatría, 2 psiquiatras con premio a la mejor tesis doctoral, tercer premio de comunicación sobre el TDAH en las jornadas de Enfermería del Hospital, entre otros) apareciendo reseñas en los medios arriba mencionados. En este año, el gestor de casos del programa AMI-TEA ha sido reconocido en esta labor por la Federación de Autismo Madrid, un premio otorgado directamente por las asociaciones de familiares de estos pacientes.

Para promover el buen clima laboral y para agradecer el trabajo realizado, los trabajadores son invitados a una cena anual que coincide aproximadamente con la fecha de inauguración del Servicio. El Jefe de Servicio consigue financiación externa para esta cena a la que están invitados tanto trabajadores en activo del Servicio y como las personas que han trabajado en la misma en el pasado. Además, durante estos últimos años se han establecido dos celebraciones informales en primavera y otoño consistentes en un ágape informal con regalos (amigo invisible) o una cena.

Fuera del horario de trabajo se organizan otras reuniones y actividades de ocio promovidas por trabajadores del Servicio o por el Departamento de Psiquiatría. El grupo de investigación pasa un fin de semana en una casa rural en la que además de poder compartir un espacio distinto al del trabajo se realiza una sesión de tormenta de ideas para planificar la actividad investigadora del año siguiente. Además se han celebrado jornadas de confraternización con la otra Unidad puntera a nivel nacional en psiquiatría infanto-juvenil, la del Hospital Clínic de Barcelona.

En el año 2002, con el propósito de contar con datos objetivos y anónimos de los trabajadores del Servicio, se definió un protocolo de evaluación de satisfacción de trabajadores. El Jefe de Servicio promovió el proyecto y es el responsable desde entonces de la realización del estudio, para poder así adaptar los métodos de reconocimiento y motivación de

trabajadores a las necesidades de los miembros de la organización. Se evalúa tanto la satisfacción del personal como el clima laboral (ver resultados en criterio 7).

**CRITERIO 4.
RECURSOS Y ALIANZAS**

4.A. GESTIÓN DE ALIANZAS EXTERNAS

En un Servicio que incluye hospitalización, interconsulta y consultas externas, las alianzas más importantes son las que se establecen con otras organizaciones o dispositivos que, por tener relación con el paciente antes o después de su ingreso hospitalario o tratamiento en programas específicos, ayudan a mantener la continuidad asistencial. Además del beneficio para los pacientes, estas alianzas suponen un apoyo en el desarrollo mutuo mediante el intercambio de información y conocimientos. El Servicio mantiene también alianzas con otras organizaciones sociales y otros grupos de interés. La información sobre la coordinación y continuidad de cuidados ha sido actualizada este año en el Protocolo de Continuidad de Cuidados del Servicio.

Alianzas con “parteners”

- Áreas sanitarias: se establecen alianzas de coordinación con los Servicios de Salud Mental de distrito. Esta coordinación incluye comunicación y reuniones periódicas con el área y contactos puntuales con cada uno de los profesionales responsables de los pacientes ingresados:

El Servicio mantiene relación constante con las áreas sanitarias que derivan pacientes, a cuyos profesionales invitan a visitar el Servicio, a asistir a las sesiones clínicas y con quienes mantienen reuniones periódicas de coordinación.

Los propios profesionales del Servicio han formado parte de la Comisión de Asistencia del Área después de que ésta llevara unos años reuniéndose sin contar con las Secciones Hospitalarias en Madrid. Uno de los psiquiatras del Servicio asiste además de forma regular a reuniones de coordinación en la Oficina de Salud Mental. Recientemente, una psiquiatra del hospital ha sido designada para las reuniones de seguimiento con educación y otra para la comisión de seguimiento del centro de media estancia para menores con trastorno mental grave.

Se mantiene una estrecha coordinación con el profesional responsable del paciente en el centro de salud mental ambulatorio (CSM), a quien se contacta al menos en el momento del ingreso y al alta. El psiquiatra responsable del caso se pone en contacto con el CSM previo al alta del paciente, para concertar la primera cita en el centro. Todos los pacientes se van de alta con un informe

completo en el que aparece el lugar, fecha y profesional que atenderá al paciente en salud mental de zona de manera preferente. En los últimos años, debido a la reestructuración de la Sanidad en la CM, en ocasiones no es posible conseguir cita al alta con Salud Mental desde la Unidad de Hospitalización, facilitándose en esos casos a los pacientes los trámites para gestionarla. A partir de iniciativas basadas en los resultados de satisfacción de los centros de salud mental, los informes de alta se envían por correo al psiquiatra previo consentimiento verbal del representante del paciente y se comunica a los responsables de cada CSM de zona los pacientes ingresados y dónde se realizan las derivaciones al alta de los mismos. Junto con el informe médico se confecciona el informe de enfermería al alta, donde se recogen aquellas indicaciones o cuidados enfermeros que han favorecido la recuperación del paciente y que pueden servir de ayuda a la enfermera que va a recepcionar al paciente tras el alta. Se han mantenido reuniones de coordinación con distintas áreas para presentar el programa AMI-TEA, el programa PIENSA y el programa ATraPA.

Para realizar la evaluación socio-familiar y dentro del programa de continuidad de cuidados, la trabajadora social continúa coordinándose con las instituciones públicas de referencia que intervienen en cada caso (tales como centros de servicios sociales, centros de atención a la infancia), para ir resolviendo de manera conjunta las incidencias que van surgiendo en el desarrollo de los casos. En este sentido se acude siempre que es requerido a los CAF (Comisiones de Apoyo a la Familia) y ETMF (Equipos de Trabajo con Menores y Familia). De manera trimestral, la trabajadora social participa en los Consejos de Infancia y Adolescencia del Distrito de Moratalaz (en los que participan representantes del CSM, Centro de Salud, asociaciones del barrio, educación...) que se encargan de poner en marcha y evaluar programas que puedan incidir de manera beneficiosa en los problemas de la infancia y la adolescencia a nivel general. Se realizan además colaboraciones puntuales en las que se realiza divulgación del trabajo realizado y las previsiones de futuro. Todo ello con objeto de dar una atención más integral al menor.

La Psicóloga Clínica de la UADO se pone en contacto con los Centros de derivación de tratamiento para que exista una continuidad en la

intervención terapéutica que se ha llevado a cabo durante el ingreso, así como para proporcionar pautas de actuación al Centro Escolar, de Menores u otras Instituciones donde esté integrado el adolescente.

- **Atención Primaria:** Al tratarse de un recurso de prevención secundaria de alto nivel de especialización, la coordinación y contactos necesarios con Atención Primaria que aseguran la continuidad de cuidados, es canalizada a través de los recursos de prevención articulados en el Plan de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y Hospitalización parcial). Los profesionales del Servicio que trabajan en los CSM de Moratalaz y Retiro mantienen reuniones constantes con los dispositivos de primaria.
- **Centros de Educación Primaria y Secundaria** donde recibían educación los pacientes antes de su ingreso hospitalario.

El Servicio cuenta en su plantilla con dos profesoras del programa de Aulas Hospitalarias que proporcionan atención educativa al alumno hospitalizado para asegurar la continuidad del proceso de enseñanza- aprendizaje y evitar el desfase curricular que pudiera derivarse de su situación. Las profesoras 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. Esta comunicación no vulnera la Ley Orgánica de Protección de Datos. Una vez finalizada la estancia, se envía un informe académico a su Centro de referencia, con la finalidad de facilitar la incorporación al mismo.

Los responsables de las aulas hospitalarias mandan con periodicidad mensual el informe de las atenciones realizadas a la Dirección General de Educación Infantil y Primaria, que es la responsable del programa y se reúnen de forma periódica (3-4 reuniones/ anuales, mínimo 1/año) con el coordinador en la Dirección de Área Territorial y con la Subdirección General de Educación Infantil y Primaria.

- El Servicio mantiene una estrecha colaboración con el Instituto Madrileño de la Familia

y el Menor (IMFM), con quien se establece contacto semanal para informar de los pacientes que se encuentran hospitalizados en situación de tutela, guarda, riesgo o abandono. Desde la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) la coordinación con el IMFM es diaria. En este último caso la transmisión de información es especialmente rápida, con el objeto de que se pongan en marcha las actuaciones pertinentes, llevando a cabo una actuación coordinada. Se mantienen reuniones físicas periódicas (al menos 4 al año) con los responsables del IMFM para coordinar el programa de la UMERP.

- 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. Los tutores o educadores de los niños en guarda o tutela son atendidos con la misma frecuencia e intensidad que las familias de origen del resto de los niños, y reciben también al alta un cuestionario de satisfacción de pacientes para su cumplimiento.

- 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.

Alianzas con otras organizaciones

- Otras unidades de hospitalización de Adolescentes de distintos hospitales.

Hemos tenido diversos encuentros con trabajadores del Hospital Niño Jesús de Madrid, Hospital Clínico de Barcelona y el Hospital Benito Menni de Barcelona y el Hospital San Joan de Deu de Barcelona entre otros, tanto invitados por ellos en sus centros de trabajo como en nuestro propio hospital. Además, como se ha expuesto anteriormente, todos los responsables de las distintas Unidades de psiquiatría infanto-juvenil que han abierto en estos últimos años en territorio nacional han visitado o rotado en nuestro Servicio.

El Servicio ha establecido un acuerdo con otros dispositivos que tratan a la misma población dentro de la Comunidad de Madrid o en otras Comunidades Autónomas, para tratar a los pacientes que no puedan ser ingresados en estos centros por problemas de plazas. Debido al sistema de gestión de camas que seguimos, que ha asegurado la cobertura sanitaria necesaria para nuestra población de referencia mediante una gestión ágil de altas de pacientes estabilizados e ingresos de pacientes en situaciones de crisis, se ha conseguido minimizar el número de pacientes de nuestras áreas de referencia derivados a otro hospital por no disponer de camas en ese momento. En más de 150 ocasiones se han ingresado pacientes de otras áreas por no disponer el hospital de referencia de camas. En algunas ocasiones, tras llegar a acuerdos de canalización las consejerías implicadas, se han ingresado pacientes de otras Comunidades Autónomas en las que no hay camas de hospitalización de adolescentes disponibles.

- Universidad. Se realizan acuerdos con distintas Universidades para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones. Uno de los psiquiatras es Profesor Titular vinculado y tres de los psiquiatras son Profesores Asociados de Psiquiatría de la Universidad Complutense y el resto son colaboradores de prácticas de la Universidad Complutense. Dos miembros del personal de enfermería son profesores de la Escuela de Enfermería de Madrid en la Especialidad de Salud Mental.
- A través del Ayuntamiento de Madrid se estableció un acuerdo para que la ONG “Save the Children” organizase actividades en la Unidad de Hospitalización. Estas actividades se han llevado a cabo en turno de tarde y se han incrementado en periodos vacacionales (verano, Semana Santa y Navidades) cuando no hay actividades escolares.
- Hemos establecido acuerdos con la Fundación Curarte para que realice talleres en la Unidad de Hospitalización con los menores ingresados
- Se ha establecido además colaboración con una Arteterapeuta que colabora con otras unidades de hospitalización del hospital.

- 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.
- De forma periódica se realizan reuniones con asociaciones de familiares 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. Esto ha hecho por ejemplo que se hayan abierto en nuestro Servicio programas como AMI-TEA, Prader-Willi, 22q11 o ATIENDE. De la coordinación con asociaciones de familiares ha surgido también el Programa SEPA, en colaboración con la 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.
- En estos momentos no se mantiene ninguna coordinación con otras organizaciones que prestan servicios como comida, limpieza, suministros etc, ya que estas alianzas son gestionadas directamente desde las direcciones correspondientes del hospital y no desde la Sección, por lo que se escapa de nuestra capacidad de decisión.
- Trabajadores del Servicio presiden o son vocales de las comisiones de Investigación, Docencia, Farmacia, Protocolos y Biblioteca del hospital, además de participar en la Comisión de Docencia del Área y en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios.

4.B. GESTIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS.

Los recursos económicos y financieros son gestionados de forma centralizada por el Departamento de Gestión Económica del hospital, por lo que quedan totalmente fuera de la responsabilidad del Servicio.

Sin embargo, la realización de proyectos de investigación genera recursos económicos que son gestionados a través de la Fundación de Investigación del Hospital. La realización de investigaciones financiadas a través de convocatorias públicas

competitivas nacionales e internacionales genera fondos que permiten contratar personal y comprar bienes inventariables y fungibles, así como realizar formación de los contratados. A diferencia de otros Servicios del hospital, los fondos conseguidos a través de los ensayos clínicos comerciales, también gestionados a través de la Fundación de Investigación del Hospital, se destinan a financiar la asistencia a cursos y congresos de los profesionales que tienen menos oportunidad de acudir, así como a organizar cursos específicos para trabajadores del Servicio y comprar material necesario para el Servicio.

4.C. GESTIÓN DE LOS EDIFICIOS, EQUIPOS Y MATERIALES.

Tanto la infraestructura como la gestión financiera y la provisión de material es responsabilidad del Hospital. La responsabilidad del Servicio al respecto se limita al estudio constante de las posibilidades de infraestructura, equipos y materiales que más pueden beneficiar a la población atendida, logrando así disponer de un espacio terapéutico seguro y adecuado para los niños y adolescentes.

En cuanto a la infraestructura, los profesionales del Servicio han estudiado y solicitado a la Dirección correspondiente todos los recursos que se consideran necesarios. Aunque quedan aspectos mejorables en el sistema de seguridad, la aportación de datos objetivos sobre la necesidad de recursos e instalaciones y la correcta gestión en la solicitud de los mismos ha 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. Algunas de las características de las instalaciones logradas durante estos años han sido:

- 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.

-En el año 2010 se detectó por el grupo de seguridad la conveniencia de tener una salida extra en caso de emergencia. Se ha solicitado a la Dirección del Hospital en reiteradas ocasiones y ha sido finalmente construida en 2013.

Además se siguen normas básicas de seguridad en todas las actuaciones que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes. Algunas de estas normas son el control de uso de encendedores y colillas (está prohibido fumar en todas las dependencias del Servicio), control de colonias, lociones o enjuagues bucales, evitar el uso de recipientes de vidrio, mantener objetos personales punzantes o cortantes y útiles de afeitado bajo control, evitar uso de piercing, cordones de zapatos y cinturones en pacientes hospitalizados, mantener la medicación bajo llave y controlar constantemente los útiles de limpieza. Además no se utilizan, como en otros lugares del Hospital, bolsas de plástico en las basuras.

El servicio de seguridad del hospital revisa periódicamente la seguridad de las instalaciones y comprueba que todo esté de acuerdo a la normativa vigente. Los profesionales del Servicio también intentan mejorar constantemente la seguridad de las instalaciones. Fruto de ese esfuerzo, además de lo relativo a las cámaras comentado anteriormente, se ha revisado la ubicación de las infraestructuras en la habitación de seguridad (se ha colocado la cama en el centro y se han quitado la mesilla y la taquilla).

Además de seguridad, el Servicio debe proporcionar un ambiente adecuado, amable y terapéutico. Para ello trabajamos en que las distintas dependencias de la misma sean lo más acogedoras posible y que los pacientes cuenten con espacios de espera y de asistencia adecuados, en los que realizar actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales. Como ejemplo del estudio constante de la adecuación de las instalaciones, el Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería realizaron un proyecto de los beneficios y las posibilidades de contar con una terraza cubierta en las instalaciones de la Unidad de Hospitalización para que los adolescentes cuenten con un espacio de expansión y juego. El proyecto fue entregado a la dirección correspondiente y todos los años se ha solicitado respuesta de la misma al respecto, llegando a entregar una hoja de firmas de petición de los clientes a la Dirección. Finalmente se ha conseguido financiación mediante una Fundación privada para el mismo, y se encuentra en estos momentos en fase de ejecución.

Con el propósito de humanizar la Unidad de Hospitalización se ha pintado recientemente toda esta Unidad y se han remodelado los baños y zonas comunes con colores y diseños especialmente seleccionados teniendo en cuenta las características de los pacientes ingresados. Se ha cambiado y renovado material en las habitaciones y espacios comunes lo que sin duda ha mejorado el aspecto de la Unidad de Hospitalización. Al igual que la terraza, todo esto se ha hecho sin coste para el Hospital gracias a la búsqueda de fondos con distintas Fundaciones privadas.

Para el programa AMI-TEA (que atiende a personas con trastorno del espectro autista), que inicialmente se encontraba ubicado en la planta de consultas externas, se necesitaba un espacio más adecuado que facilitase la espera para consultas en un ambiente adecuado y tranquilo y que facilitase tanto las consultas como las evaluaciones necesarias. Para ello, y tras presentar informe justificando la necesidad a la Dirección del Hospital, se ha conseguido reubicar el programa AMI-TEA en un ala de la planta de psiquiatría que pertenecía anteriormente a uno de los Servicios de Psiquiatría de Adultos.

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

Las últimas adquisiciones de la Unidad de Hospitalización en cuanto a juegos (por ejemplo la wii) se han realizado tras preguntar a los propios pacientes sus preferencias. Además, las Terapeutas ocupacionales y el personal de enfermería organizan actividades de ocio para desarrollar los fines de semana cuando hay menos actividades terapéuticas estructuradas.

En cuanto a los materiales, aunque son también 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 severos, etc. El material fungible es gestionado por la Supervisora de enfermería por medio de pedidos al almacén o al servicio de compras del hospital.

La gestión de mantenimiento del Servicio se lleva a cabo también de forma centralizada por el servicio del hospital, por lo que no tenemos un sistema propio para ello. La Supervisora de enfermería comunica la necesidad del servicio de mantenimiento cuando se producen desperfectos en las instalaciones y registra las incidencias.

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). Además, voluntariamente se llevan a cabo iniciativas como el reciclaje de papel y pilas y en las actividades de terapia ocupacional se utiliza material reciclado y además se recicla el material que se utiliza. Recientemente el Hospital se ha acreditado con ISO en medio ambiente. También en el año 2014 ha sido acreditado con en la Red de Hospitales sin humo en la categoría bronce. En nuestra Unidad de Hospitalización, a diferencia de las de adultos, no se permite fumar desde su inauguración.

4.D. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

La prescripción electrónica se instaló en nuestro Servicio como una de las experiencias piloto dentro del Hospital. Las acciones realizadas para asegurar la implantación y buen funcionamiento del sistema han sido varias. Antes de su instalación tanto el personal médico como de enfermería recibió formación para aprender a manejar el software y el dispensador de medicación (PIXIS). Poco después de la instalación se

puso en marcha un sistema de consulta con el responsable de Farmacia según el cual se corregían los errores y desviaciones del sistema. Más adelante, se organizaron reuniones semanales entre dos responsables (un psiquiatra y la supervisora de enfermería) que se han encargado de recoger los defectos detectados y las sugerencias de posibilidades de mejora del sistema realizados por todo el personal de la unidad. Esto ha posibilitado la adecuación del sistema a las necesidades específicas del Servicio y la corrección pronta de las disfunciones del sistema. La prescripción electrónica está disponible para los pacientes hospitalizados. En estos momentos se encuentra en estudio la posibilidad de implantación también en las consultas externas de los distintos programas específicos del Servicio, realizándose desde el grupo de Procesos de Calidad reuniones al efecto con el Servicio de Farmacia.

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 existen 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. Desde el año 2010 todos los clínicos del Servicio utilizan la Historia electrónica siguiendo las directrices de la Dirección. 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. Además 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. En la primera visita al programa AMI-TEA se recoge información clínica básica en una plantilla creada al efecto y disponible desde la intranet, con objeto de tener disponible la información y con fácil acceso en caso de requerirla de urgencia. Durante este año se está remodelando la Intranet del Hospital, en la que se va a incluir un espacio para el Servicio en el que estarán disponibles el mapa de procesos y los documentos de uso frecuente del mismo.

Para el mantenimiento de la tecnología se tiene contacto periódico y fluido con mantenimiento e informática del hospital. Desde 2013, la información contenida en la página Web del Servicio, vigente

desde 2005 y que se gestionaba previamente de manera independiente y con financiación propia, ha pasado a estar incluida en la Web institucional del Hospital (www.hggm.es/ua) siendo el mantenimiento ahora responsabilidad del servicio de informática.

4.E. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO.

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 un programa (SISCAM) gestionado por el Servicio Informático de la Comunidad de Madrid (I.C.M). La administración, el acceso y la explotación de los datos contenidos en la Historia Clínica e introducidos en la base de datos se rigen por la legislación vigente. Las dos leyes básicas que ordenan el manejo de los datos son la Ley de Protección de datos (LO 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, se han adaptado a la población adolescente psiquiátrica 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 ingresado y garantizar una rápida localización de los mismos por los profesionales autorizados.

Toda historia clínica archivada debe incluir el informe de alta del paciente. Esto se ha realizado en el 100% de los casos de pacientes ingresados (ver criterio 9).

El informe recoge los procedimientos, evolución y diagnóstico clínico realizados y referidos al proceso que motivó el ingreso del paciente. Este informe es realizado según un modelo estructurado e incluye el juicio diagnóstico según el modelo multiaxial para la descripción de enfermos y diagnósticos en 6 ejes propuestos en la CIE 10: I, Trastorno mental; II, trastornos del específicos del desarrollo psicológico; III, Retraso mental; IV, Otros procesos físicos asociados; V, Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud; VI, GAF o C-GAF para menores de 16 años. Los profesionales de enfermería realizan también informe de enfermería al alta en aquellos casos que han requerido cuidados durante el ingreso o en los que es previsible que los necesiten una vez de alta. Existe un modelo informatizado del informe de enfermería disponible en la Intranet del Hospital.

Además de estos datos, como iniciativa de mejora de calidad propuesta por los propios trabajadores del Servicio, hemos creado una base de datos de nuestros pacientes hospitalizados, con información como variables sociodemográficas, diagnóstico, características clínicas familiares, datos terapéuticos, evolutivos, de derivación etc, que está localizada en la Intranet del Hospital. La introducción y la explotación de datos incluidos en la misma son responsabilidad de los facultativos y cumple los requisitos de la Ley de protección de datos. La información consecutiva a la explotación de los datos es susceptible de ser empleada además de con finalidades de gestión y mejora del Servicio y de los procesos que se desarrollan en él, para docencia, investigación y comunicación con agencias externas (reuniones de coordinación). Esta base contiene datos clínicos y está anonimizada siguiendo las directrices de la Comisión de Ética Clínica del Hospital. Para hacer más útil la información derivada de la misma, los facultativos del Servicio 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. Una vez conseguida la fiabilidad por parte de todos los clínicos se ha reanudado la cumplimentación de la base de datos.

Aparte de estas bases de datos, en el Servicio se utilizan los programas informáticos proporcionados por el hospital y necesarios para las distintas actividades administrativas y clínicas. Algunos profesionales han recibido formación sobre ellos mediante cursos proporcionados por el servicio de formación de la Comunidad de Madrid y por el Servicio de Informática de la Comunidad de Madrid (I.C.M.).

La página Web del Servicio, incluida dentro de la página Web del Hospital, recoge información sobre los objetivos, funcionamiento y resultados de los distintos programas del Servicio (www.ua.hggm.es). Incluye la misión, visión y valores así como las cartas de servicio. Esta página tiene también información sobre patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes, familiares y estudiantes. La página está teniendo en el año 2014 más de 2.500 visitas mensuales.

La gestión del conocimiento es un factor fundamental en nuestro Servicio, que se realiza mediante las múltiples fuentes de aprendizaje e investigación de los profesionales que hemos expuesto en el criterio 3.

Dado el creciente número de estudios y de pacientes incluidos en los mismos la complejidad para las citas y seguimientos de los mismos ha hecho que se contratara con una empresa externa la confección de un programa diseñado a la medida de nuestros estudios que realiza alertas cada vez que se tiene que citar a un paciente. Además, para los estudios multicéntricos tenemos aplicaciones telemáticas de última generación mediante sistema GRID que permiten la captura centralizada de datos entre todos los centros participantes (ver en www.cibersam.es).

**CRITERIO 5.
PROCESOS**

5.A. DISEÑO Y GESTIÓN SISTEMÁTICA DE LOS PROCESOS.

Para gestionar el trabajo desempeñado por los profesionales del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente estandarizando la práctica clínica y estableciendo sistemas de trabajo estructurados que aumenten la eficiencia, se utilizan tres instrumentos principales: protocolos, guías clínicas y gestión por procesos.

Los protocolos establecen las pautas básicas de actuación para determinadas patologías y ante contextos y situaciones críticas del trabajo que se desarrolla en el Servicio. Se han definido ya más de 30 protocolos específicos para el Servicio. Para cada uno de ellos se han definido el objeto, alcance y desarrollo, junto con indicadores, registros y responsabilidades. Los protocolos han sido presentados al comité ético de asistencia del Hospital. Los protocolos suponen una ayuda en el trabajo diario, aunque la actuación en cada situación particular se adapta a las características propias de cada paciente. Los protocolos clínicos se han desarrollado de forma participativa, contando con todas las categorías profesionales implicadas en los mismos. De esta forma se potencia la implicación de los profesionales en su aplicación y posterior evaluación.

Tras la elaboración de los protocolos se realiza también una evaluación de la aplicación y el funcionamiento de los mismos. Como la evaluación exhaustiva de todos los protocolos no es posible, por la carga de trabajo que supondría la recogida sistemática de tal cantidad de información, se hacen evaluaciones periódicas de protocolos seleccionados por su relevancia asistencial o de manera puntual cuando se observan anomalías en su aplicación o se detecta la necesidad de introducir mejoras. La necesidad de revisión de un protocolo se expone en las reuniones trimestrales de gestión y los resultados de dicha evaluación son expuestos en la siguiente reunión. De esta manera se han realizado, por ejemplo, las revisiones de los protocolos de ingreso hospitalario o de uso de la habitación de reflexión. Además, como método de evaluación de estos protocolos, desde el Servicio se han promovido jornadas de trabajo con Servicios similares de otros hospitales, en las que los responsables de enfermería y psiquiatría se reúnen para comparar sus procesos, indicadores y resultados. Recientemente se ha participado en la elaboración de un protocolo de

contención mecánica junto con el resto de Servicios del Departamento de psiquiatría, estando en estos momentos en elaboración el protocolo de contención mecánica para el conjunto del hospital en el que están implicados también profesionales del Servicio. Durante el último año se ha solicitado desde la gerencia al Departamento de psiquiatría el desarrollo de 3 protocolos clínicos, estando implicados profesionales del Servicio en la elaboración de los 2 protocolos de Continuidad de Cuidados (en población infanto-juvenil y en adultos). En estos momentos se está ultimando un protocolo clínico sobre la utilización de Terapia electroconvulsiva en pacientes menores.

Las 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. En estos momentos se está trabajando con el Servicio de farmacia en la revisión de la información sobre psicofármacos para familiares. Tras comprobar el aumento de los Trastornos de conducta entre los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización se elaboró una guía para el manejo de problemas de conducta en la que han participado distintos profesionales del Servicio. En este último año, y ante el aumento de prescripción de estimulantes, se ha realizado una guía terapéutica de seguridad cardiovascular para el uso de estos fármacos junto con la Sección de cardiología pediátrica del hospital.

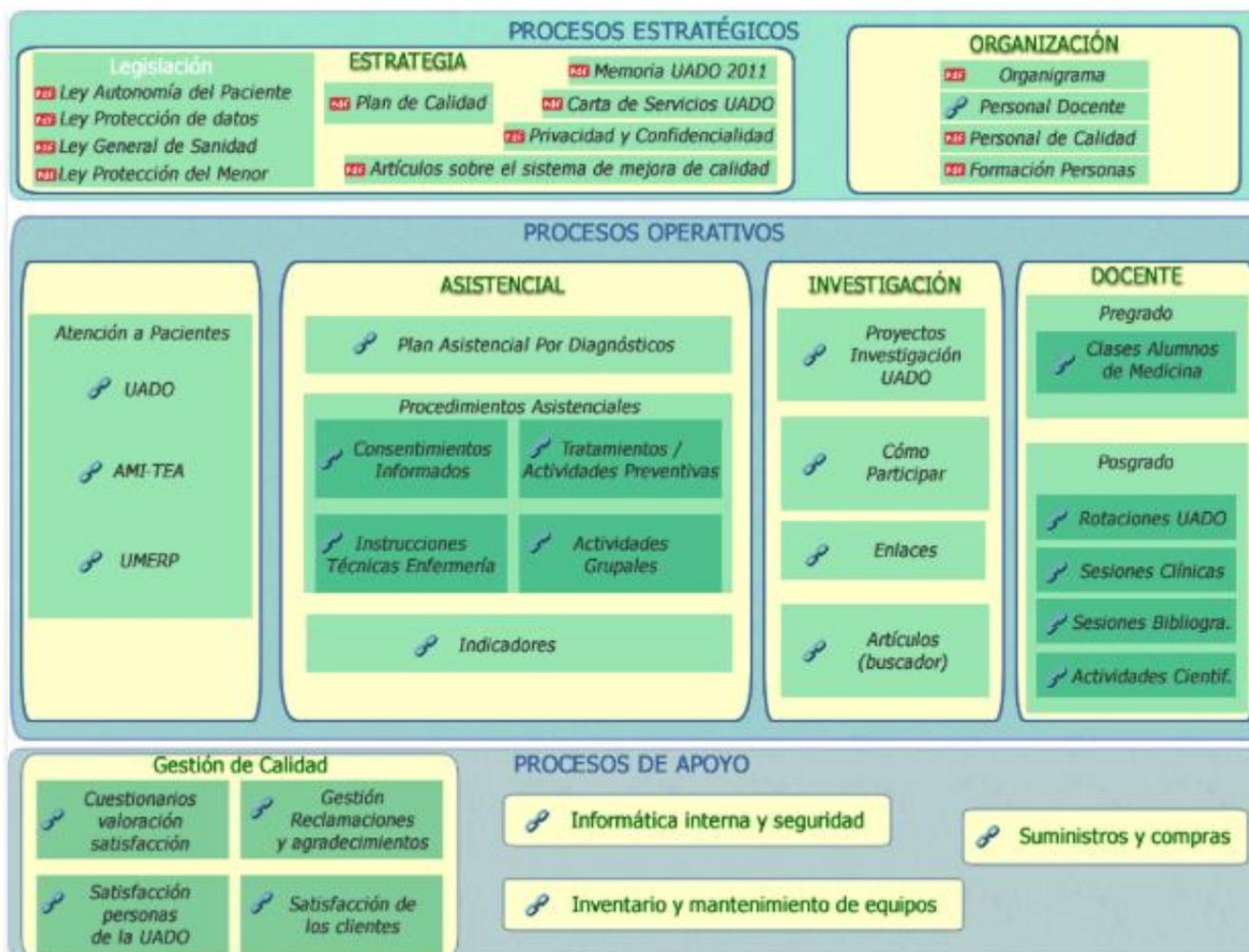
Respecto a la gestión de procesos, en la autoevaluación realizada en el año 2003 se identificó la necesidad de definir los procesos clave del Servicio para gestionarlos adecuadamente, para lo que se creó un grupo de trabajo. Este grupo de trabajo se encontró con bastantes dificultades en una primera etapa, debido principalmente a la falta de conocimientos específicos sobre gestión por procesos de los integrantes del grupo. Para paliar este problema, el Servicio solicitó formación en esta materia a la Unidad de Calidad del hospital. Ante esta solicitud, el hospital organizó y financió un curso de gestión por procesos para trabajadores del Servicio al que acudieron 11 personas (incluyendo todos los integrantes del grupo de procesos y los integrantes del equipo evaluador del modelo EFQM). Tras la formación, el grupo identificó el proceso de atención

al paciente como el proceso clave del Servicio, que a su vez estaba compuesto por los subprocesos de admisión, tratamiento y alta. Se ha trabajado especialmente el subproceso de admisión, identificando todas las posibles vías de entrada del paciente tanto urgente como programado, bien desde una de nuestras áreas de referencia o bien desde otra área sanitaria o Comunidad Autónoma. Hemos conseguido simplificar el proceso de citación en consultas externas para pacientes de otras áreas en colaboración con el Servicio de Admisión, sin que haga falta en la actualidad canalización para estos pacientes. Además se ha generado un mapa de

procesos que está accesible a todos los profesionales del Servicio a través de la intranet. En estos momentos se encuentra en un espacio propio del Servicio pero se está trasladando a la intranet del hospital que está siendo modificada en la actualidad. Este mapa contiene toda la información y los documentos de soporte necesarios para el trabajo en el Servicio. Se actualiza de manera periódica o cada vez que se generan documentos o se realizan modificaciones derivadas de los cambios en el Servicio o de las sugerencias de los profesionales del mismo.



Mapa de Procesos



5.B. INTRODUCCIÓN DE LAS MEJORAS NECESARIAS EN LOS PROCESOS MEDIANTE LA INNOVACIÓN, A FIN DE SATISFACER PLENAMENTE A CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS, GENERANDO CADA VEZ MAYOR VALOR.

La información recogida de pacientes y familiares y de los propios trabajadores se traduce en mejoras en el funcionamiento del Servicio para adaptarse a sus expectativas.

Toda la estructura física, humana y organizativa del Servicio tiene como líneas conductoras básicas el proporcionar un ambiente seguro y a la vez contenedor y de apoyo para los pacientes. Así, además de proporcionar un tratamiento adecuado y actualizado, el Servicio, y sobre todo su Unidad de Hospitalización, debe tener en consideración las necesidades evolutivas de los adolescentes, teniendo en cuenta que durante un tiempo (breve) esta Unidad de Hospitalización va a ser su lugar de residencia. Los adolescentes, sanos o enfermos, viven contiendas propias de su edad, como el conflicto con la norma y la necesidad de que se les informe, explique y tenga en cuenta dentro de los límites que su nivel de autonomía, maduración y capacidad cognitiva permita. Necesitan la relación con los iguales como referentes de actuación y establecimiento de relaciones interpersonales, toleran mal el aburrimiento, tienen un nivel de impulsividad mayor que el de los adultos, que se refleja en actuaciones en muchos momentos de frustración, malestar, aburrimiento, y que puede llevar a la confusión en la interpretación de actitudes anti-normativas o agresivas. La formación del personal en el significado de las conductas adolescentes, y la estructuración de la Unidad de Hospitalización dando respuesta a esas necesidades evolutivas son elementos de primer orden en la creación de un ambiente tranquilo y contenedor de angustias y agresividad.

Así, por ejemplo, se constituyó la Asamblea como espacio en que los adolescentes ingresados pueden preguntar por la razón de ser de las normas y hacer peticiones. También exponen conflictos y problemas que surgen de la convivencia con sus compañeros que se abordan en grupo y en los que enfermería actúa de moderador. Por ejemplo, ante la petición de los pacientes de ver películas de video en la Unidad, y entendiendo que este entretenimiento no supone una interferencia en el proceso terapéutico, se organizaron sesiones de video durante los fines de semana. Bajo

este mismo criterio se han puesto en marcha 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”), siendo elegida la actividad por el equipo de enfermería en función de las características del grupo de adolescentes en un momento dado. Las últimas adquisiciones han sido compradas después de preguntar a los pacientes sus preferencias. La actividad que realizarán los adolescentes durante el fin de semana también es elegida por los pacientes en la Asamblea semanal. Se ha formado un grupo de trabajo compuesto por la Terapeuta ocupacional y personal de Enfermería que planifica las actividades del fin de semana. Estas actividades de ocio y ocupacionales han sido recibidas de forma muy favorable por los adolescentes.

Otras veces la innovación en los procesos proviene de sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población. Un ejemplo sería la adaptación del servicio de biblioteca de pacientes a los pacientes adolescentes psiquiátricos hospitalarios. La biblioteca ofrece el servicio de préstamo de libros, información sobre páginas web, CDs educativos, etc.

Ante el estudio de datos de satisfacción de familiares se vio la necesidad, por parte de los profesionales, de poner en marcha un grupo terapéutico de padres semanal, que lleva funcionando más de 8 años. Los profesionales del Servicio se adaptan además a los cambios en la patología que presentan los pacientes. Recientemente se está haciendo más frecuente la presencia de menores con disregulación emocional grave y con conductas autolesivas en la Unidad de Hospitalización. Para el manejo de esta patología en la planta se han puesto en marcha dos grupos semanales, uno en el que se utilizan técnicas de mindfulness o atención guiada y otro en el que se trabaja desde el formato DBT. Ambos grupos son conducidos por profesionales de enfermería y han sido diseñados específicamente para cubrir las necesidades de los pacientes.

Cabe destacar que el apoyo a las familias es continuo; incluso en los permisos de fin de semana en el

domicilio, pueden ponerse en contacto con el personal de la Unidad de Hospitalización para resolver cualquier duda de manejo de conducta, medicación o pertinencia de finalizar con antelación el permiso. Además en la web existe información sobre el funcionamiento, objetivo, formas de contacto, etc. de cada uno de los programas asistenciales del Servicio.

Hay otros ejemplos de cambios que se están llevando a cabo en el Servicio mediante la innovación. Existe un programa pionero – del que se ha registrado la propiedad intelectual- en asistencia a personas con Trastornos del Espectro del Autismo (AMI-TEA), un programa de tratamiento Psicoeducativo para menores con primeros episodios psicóticos y sus familiares (PIENSA) del que también se ha registrado la propiedad intelectual, un programa de tratamiento de problemas de personalidad en adolescentes (ATraPA). Se está ultimando un proyecto de familiarización con el entorno hospitalario, el proyecto Doctor TEA, para los pacientes con trastorno del espectro del autismo que precisen acudir a una consulta o realizarse una prueba médica. Hasta la fecha, 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 Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Burgos y el Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Doctor TEA consiste principalmente en 1) la visualización de diferentes espacios físicos de un hospital así como de profesionales, instrumentos y técnicas de exploración médica (revisión ocular, EEG, RM, extracción de sangre, etc.) en varios formatos: fotografías, dibujos animados, realidad virtual y filmaciones reales y 2) varias tareas- ejercicios de práctica en formato juego, que estarán disponibles de manera gratuita en una plataforma web. Se han generado además consultas específicas para personas afectadas de síndromes genéticos en los que las complicaciones psiquiátricas son muy frecuentes (22q11, Prader-Willi). Estos programas se han diseñado tras solicitudes de los grupos de interés (asociaciones de familiares, pacientes) o tras detectar los profesionales el aumento de prevalencia de algunas situaciones y la falta de recursos específicos. Todos estos programas son pioneros y su diseño o datos de eficacia empiezan a ser publicados en revistas internacionales de alto impacto. El horario de estas actividades, que frecuentemente se llevan a cabo por las tardes, se ha consensuado tras las peticiones de los padres y la observación de los trabajadores de la necesidad de

mantener y fomentar la asistencia al centro escolar o de alterar la rutina diaria de los niños y adolescentes lo menos posible.

Es importante destacar también las actividades de innovación dirigidas al sector en general. Uno de los ejemplos de investigación es que el Servicio está actualmente desarrollando nuevas moléculas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Se están coordinando ensayos clínicos no comerciales con financiación nacional y de la Comisión Europea para utilizar nuevos tratamientos para enfermedades mentales de los menores. Profesionales del Servicio participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que va a permitir disponer de medicaciones que no están en uso en estos momentos para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos.

5.C. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS BASÁNDOSE EN LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES.

Los procesos que se llevan a cabo en el Servicio, están organizados según una estructuración básica de procesos estratégicos, operativos y de apoyo.

El proceso de gestión es el relacionado con las actividades estratégicas de la organización, adecuando los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes. Ayuda a una organización eficiente de los procesos operativos.

Los procesos operativos o procesos clave son los procesos que están en contacto directo con el usuario. Teniendo en cuenta la definición de cliente adoptada por el Servicio, los procesos operativos son aquellos que tienen mayor impacto sobre la tarea básica del Servicio, el tratamiento de los pacientes y la atención a sus familiares, ya que ambos grupos son considerados usuarios directos del Servicio. Estos procesos son el objetivo final de la existencia del Servicio.

Los procesos de soporte son aquellos procesos que generan recursos que necesitan los otros dos tipos de procesos para poder llevarse a la práctica. En el Servicio, estos procesos están proporcionados por servicios centrales del hospital y por lo tanto escapan en su mayoría a su ámbito de actuación.

TABLA 5. C. 1.	
PROCESOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE	
<i>PROCESOS DE GESTIÓN</i>	Proceso de gestión del Servicio
<i>PROCESOS OPERATIVOS</i>	Proceso de atención a pacientes: subprocesos de admisión, tratamiento y alta
<i>PROCESOS DE SOPORTE</i>	Procesos de soporte del hospital

A. Proceso de gestión:

La gestión del Servicio se apoya en la gestión de calidad, que comienza con la realización de la autoevaluación EFQM. Este es el punto inicial para estructurar las iniciativas de mejora de calidad, sirve de análisis objetivo de la situación del Servicio y a

partir de aquí se estructurarán planes de mejora de la calidad y métodos de evaluación de resultados.

Para gestionar adecuadamente el Servicio se pone especial énfasis en la coordinación interinstitucional, que supone la coordinación con los dispositivos de quienes recibimos o a quienes derivamos pacientes, y de otras organizaciones que tratan a la misma población y, por lo tanto, con quienes podemos establecer relaciones de intercambio de información y aprendizaje común. Las relaciones establecidas con estos organismos y los sistemas de relación con ellos están explicados detalladamente en el criterio 4.A. Se dispone además de un Protocolo de Coordinación /Continuidad de cuidados elaborado en el 2014 en el que se detallan todas las actividades de coordinación, con sus responsables y sus indicadores que se llevan a cabo en el Servicio. Junto al proceso de gestión del Servicio hay dos líneas de referencia (que se podrían considerar de alguna forma sub-procesos): la investigación y la docencia.

Respecto a la investigación, en el Servicio se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas y básicas. Muchas de estas investigaciones se hacen en colaboración con centros nacionales e internacionales (hay publicaciones en revistas de impacto con más de 100 centros de investigación internacionales). Para su desarrollo se solicita financiación pública o privada a través de las convocatorias establecidas para dichas ayudas. Todas las investigaciones son presentadas al Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital y el inicio de las investigaciones se lleva a cabo después de contar con el visto bueno de dicho comité. La participación en todos los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Además los ensayos clínicos con menores son comunicados a la Fiscalía de Menores y a las Agencias Española y Europea de Medicamentos. Los resultados del Servicio en cuanto a Investigación han ido mejorando a lo largo de los años hasta convertirse en la actualidad en referente internacional y coordinar la investigación en Salud Mental en todo el país, tal como se refleja en el subcriterio 9.A.

Docencia: El Hospital General Universitario Gregorio Marañón está asociado a la Universidad Complutense de Madrid. Estudiantes de distintas facultades y escuelas de esta Universidad reciben su docencia en el hospital. En el Servicio se forman estudiantes de quinto curso de medicina y psicología, de terapia ocupacional, de trabajo social, de enfermería, residentes de psiquiatría y de enfermería. Existen

también acuerdos entre el hospital y otras Universidades privadas. El proceso de la docencia está gestionado desde la Universidad y el Hospital y el Servicio se limita a ofrecer docencia a los estudiantes que rotan en ella. El proceso de rotación y formación de residentes de Psiquiatría sí que está gestionado directamente desde el Servicio. Este proceso tiene como responsable a uno de los psiquiatras, que se encarga de recibir las peticiones que llegan a través del Jefe de docencia del hospital. El responsable de docencia del Servicio se pone en contacto con el residente para explicarle las condiciones y disponibilidad de plazas (actualmente están ya completos los próximos dos años por el gran número de peticiones recibidas). A la llegada de los residentes se les entrega un dossier informativo sobre aspectos básicos del Servicio, su participación en el trabajo, bibliografía recomendada y algunos otros aspectos útiles para su formación. Este dossier lo tienen accesible en la página web del Servicio, por lo que pueden acceder a él antes de iniciar la rotación (www.ua.hggm.es).

Como sistema de recogida de información para incluir en la gestión, se realizan actividades de evaluación de satisfacción de pacientes, familiares o tutores de pacientes, profesionales de los centros de menores o de los CSM, de evaluación de satisfacción de trabajadores y de evaluación de satisfacción de los alumnos de Medicina (programa Docencia, de la Oficina de Calidad para la evaluación docente del profesorado. La evaluación del profesorado es opcional pero el Jefe de Servicio está apuntado a esta evaluación voluntaria). Estos mecanismos sirven también para evaluar el cumplimiento real de las líneas estratégicas de satisfacción de usuarios y satisfacción de trabajadores. En el Protocolo de Coordinación se definen la periodicidad de la evaluación, los responsables, los métodos utilizados y cómo se utilizará la información recogida.

B. Procesos operativos:

Procesos de Atención a pacientes:

Dentro de los procesos operativos, hemos identificado un proceso único y central que es el proceso de atención a pacientes, que a su vez estaría compuesto por los subprocesos de admisión, tratamiento y alta.

El subproceso de admisión cubre tanto la admisión en sí misma como la acogida, que es especialmente importante ante la incertidumbre que en el momento

del ingreso viven tanto pacientes como familiares. Para la admisión se ha definido por una parte el compromiso del Servicio (recogido en la Carta de servicios) y por otra la información disponible para cualquier dispositivo que necesite derivar un paciente al Servicio (ya sea de una de nuestras áreas sanitarias o de otras áreas o CCAA) y los pasos a llevar a cabo por los profesionales del Servicio. Para el proceso de acogida en la Unidad de Hospitalización, está definido que la enfermera y la auxiliar responsable del caso realizan una primera entrevista de valoración en la que se recogen los datos personales, se valoran las necesidades y se informa sobre la normativa general de la planta. De esta forma, se disminuye la angustia inicial, se favorece la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería y se promueve el inicio de una adecuada relación terapéutica entre la familia y el equipo.

En el programa AMI-TEA se realiza una valoración individualizada de cada uno de los casos desde la recepción de la petición de consulta hasta la asignación de fecha para la misma y su realización, que el Coordinador Asistencial comunica telefónicamente o vía email a la familia, adecuándose a su disponibilidad. El Coordinador Asistencial verifica asimismo la información recibida (adecuación de la derivación, informes médicos previos) y en caso de duda comprueba con la Coordinadora Técnica del programa la viabilidad de la demanda, priorizando los casos de mayor gravedad. En el caso de aquellos pacientes que precisen ingreso en alguno de los servicios médicos, se facilita el mismo mediante la adopción de las siguientes medidas: se planifica la hora más adecuada, un familiar o cuidador principal acompaña siempre al paciente, se valoran las necesidades del paciente de forma individualizada (no sólo médicas sino también en relación a sus barreras comunicativas o dificultad para tolerar cambios en el entorno), las peticiones de pruebas a realizar al paciente se cursan con código de urgencia y se facilita habitación doble de uso individual. El subproceso de admisión es específico también en los pacientes con autismo que tengan que acudir a urgencias, poniéndose en marcha el acompañamiento terapéutico.

En cuanto al **subproceso de tratamiento**, hay que tener en cuenta que una de las líneas estratégicas del Servicio es la unificación y homogeneización de la práctica clínica, para conseguir la equidad en el tratamiento de todos los usuarios. Para ello, se han desarrollado e implantado más de 30 protocolos y guías clínicas y terapéuticas, entre los que están las

guías clínicas para patologías concretas (como trastornos de la conducta alimentaria o trastornos de la conducta entre otros), protocolos de información (protocolos de información a los padres sobre la patología, distintos medicamentos o protocolos de consentimiento informado), protocolo básico de recogida de información de pacientes no verbales con necesidades especiales (fobias, rutinas, manías, preferencias...etc.), modo de actuación ante incidentes (como fuga o no retorno de un paciente, conducta opositora-negativista de una o más personas, amotinamiento, ingreso de un paciente custodiado). Se han descrito también pautas de actuación homogéneas para situaciones habituales de trabajo como las relacionadas con derivaciones a distintos recursos (Hospital de Día, CSM) o el manejo de pacientes con necesidades especiales. La evolución en los protocolos de actuación viene dada por la evaluación de su utilidad en reuniones mensuales en las que participan todos los profesionales clínicos. Recientemente y ante la creciente conflictiva entre padres separados o divorciados sobre el tratamiento de sus hijos se ha elaborado un protocolo de actuación consensuado entre todos los profesionales, con el asesoramiento de un experto jurista en la materia, para casos en los que un progenitor exija que se interrumpa el tratamiento de su hijo/a.

Los protocolos suponen un marco general de actuación en distintas situaciones y guías de buena práctica, pero el tratamiento específico de los pacientes se individualiza según sus características. Cada paciente tiene un psiquiatra responsable que se encarga de su tratamiento globalmente, que es quien decide las valoraciones complementarias necesarias, las interconsultas, las exploraciones complementarias, el tratamiento farmacológico, las revisiones necesarias en consultas externas o el momento del alta en la Unidad de Hospitalización. Además, consensua las pautas de actuación de los distintos profesionales hacia el paciente. Esta asunción de responsabilidad individual de cada paciente no va en menoscabo de una uniformidad de criterios en cuanto a los tratamientos básicos. Para ello, todos los casos se comentan cada día en la reunión de equipo y de forma más extensa en la primera reunión semanal tras su ingreso, donde el psiquiatra responsable comparte con el resto del equipo su plan terapéutico. En los CSM estas reuniones de coordinación de casos tienen lugar una vez a la semana y en los distintos programas en variable (reuniones quincenales con neuropediatria para los programas de neuropsiquiatría y neuropsicología, reuniones quincenales en AMI-TEA, etc.). Las excepciones relevantes a los protocolos de

práctica habitual quedan reflejados en la zona de Observaciones de la Prescripción electrónica de cada paciente.

El tratamiento de los pacientes incluye el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicoterapéutico individual, el tratamiento grupal, el tratamiento familiar y el tratamiento institucional (todas las actividades y actuaciones organizadas en el Servicio y que tienen una intención terapéutica).

El tratamiento farmacológico es responsabilidad de cada uno de los psiquiatras, pero para homogeneizar prácticas facultativas del Servicio han participado en el desarrollo de varias guías clínicas de enfermedades mentales de niños y adolescentes, incluyendo los aspectos farmacológicos: protocolo para tratamiento de la depresión, el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos, los trastornos del espectro autista o el retraso mental. En el momento actual se están finalizando dos guías terapéuticas: primeros episodios psicóticos y trastorno obsesivo compulsivo.

Existen varios tipos de terapia grupal que se desarrollan en consultas externas en distintos programas específicos (ATraPA, PIENSA), en consultas externas de los CSM o durante el ingreso hospitalario. Durante el ingreso, hay sesiones de terapia de grupo diarias, para todos los pacientes, lideradas por un psiquiatra y un observador (residente de psiquiatría en general), para manejo de las dificultades derivadas del ingreso. Los criterios de inclusión se han revisado en varias ocasiones y están protocolizados, estando reflejado en los documentos de enfermería que pacientes pueden pasar (selección individualizada en base a criterio clínico). Este grupo se ha revisado en 2 ocasiones. Fruto de la mejora continua, desde 2014 se comenta en la reunión diaria de equipo el grupo del día anterior para dar continuidad al mismo y compartir aspectos relevantes para el manejo clínico de los pacientes. Recientemente se han iniciado otros 2 grupos, con carácter semanal, desarrollados por personal de enfermería: un grupo de Mindfulness y un grupo basado en la terapia DBT destinados a disminuir las autolesiones en los pacientes, ambos desarrollados tras evaluar el incremento de patología autolesiva en los pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización. De manera semanal se desarrolla un grupo, liderado por una psiquiatra, enfermera y trabajadora social, para padres de chicos que están ingresados en la Unidad de Hospitalización. Este grupo también se comenta con el equipo en la reunión diaria del día siguiente. A nivel ambulatorio se desarrollan grupos de terapia en los programas PIENSA y ATRA. En

PIENSA hay grupos quincenales de formato psicoeducativo basados en la resolución de problemas para niños y adolescentes con primeros episodios psicóticos y sus familiares. Se desarrollan por la tarde y se ha medido su eficacia frente a un grupo control, siendo publicado el resultado en una revista de alto impacto y estando en proceso la publicación del manual. En ATraPA tienen lugar grupos semanales para chicos con comportamiento suicida y sus familiares dentro del modelo DBT. Está previsto el inicio este año de grupos para familiares de chicos con esta patología que no quieren acudir a los grupos. El personal del Servicio participa también grupos para mejorar el trabajo. Se han desarrollado grupos de Mindfulness en los que participan de manera voluntaria los trabajadores de la Unidad de Hospitalización, durante 10 minutos al día, previos al inicio de la actividad asistencial. En los programas PIENSA y ATraPA se ha implementado supervisión grupal semanal de la actividad terapéutica. En el programa AMI-TEA hay supervisión grupal quincenal de aspectos relevantes asistenciales. El programa AMI-TEA también se ha evaluado en su efectividad y eficiencia, resultando que su implantación genera mayor satisfacción en los usuarios, menores complicaciones médicas y menor coste del tratamiento de las patologías. Estos resultados también están publicados en revistas internacionales. Varios de estos programas son referentes internacionales y sus coordinadores son invitados a presentarlos en todo el mundo.

El Servicio cuenta con dos profesoras de secundaria pertenecientes al programa de Aulas Hospitalarias dirigido a la población hospitalizada desarrollado por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid para permitir la continuidad del proceso educativo de los pacientes ingresados, favorecer su promoción académica y facilitar un marco educativo en los hospitales próximo a las necesidades psicosociales y afectivas de los pacientes. El trabajo de las profesoras del Aula se lleva a cabo dentro del protocolo terapéutico y siempre en coordinación con los demás profesionales. Las profesoras se ponen en contacto con los Colegios o Institutos de referencia para solicitar el currículum que debe trabajar el alumno durante su estancia en el hospital. En los casos necesarios, el paciente hace los exámenes en el aula hospitalaria. El trabajo llevado a cabo en este Aula es supervisado por los organismos correspondientes de la Consejería de Educación. Este servicio de formación ha demostrado tener unos resultados excelentes, tal como indican verbalmente los profesionales de los centros de educación a las

profesoras de la Unidad de Hospitalización del Servicio, y como demuestra el hecho de que muchos adolescentes que habían abandonado previamente el sistema educativo antes de su ingreso hospitalario, lo vuelven a retomar después del alta. Se llevan a cabo además encuestas de satisfacción y expectativas a los pacientes con el servicio de formación, cuyos resultados se incluyen en el subcriterio 6.A.

En el programa AMI-TEA se han desarrollado protocolos generales para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los pacientes con TEA. El protocolo de atención médica de este programa ambulatoria incluye: citación telefónica, persona de contacto en el programa, centralización de la información (médica, social, educativa y de discapacidad), atención a las barreras lingüísticas y de comunicación con los pacientes TEA, priorización de la atención, agilización de realización de pruebas complementarias y unificación en el menor número de días posibles, reducción de tiempos de espera en cada una de las pruebas, acompañamiento de persona significativa (padres o terapeutas) en todas las acciones sanitarias, contemplar sedación o anestesia para procedimientos menores, identificación de facultativos y otros sanitarios para el Programa que adquieran experiencia en el manejo de estos pacientes y que permitan la familiarización de los pacientes con ellos, minimización de los lugares posibles de atención de estos enfermos (hospitalización) para mejorar la especialización de los servicios auxiliares, y multicita. De forma complementaria, en la consulta en AMI-TEA, se ha instaurado una consulta de enfermería en la que se realizan procedimientos básicos como extracciones sanguíneas, toma de constantes, realización de ECG y todos aquellos procedimientos que eviten que el paciente tenga que ir a otro lugar del hospital y ser atendido por otras personas, lo que para estas patologías es un problema importante.

El protocolo de atención médica de AMI-TEA durante las hospitalizaciones incluye: valorar el Servicio más adecuado para ingreso independientemente de la patología a tratar, el acompañamiento permanente del paciente y el mantenimiento de objetos personales de uso cotidiano y entretenimiento, siempre que sean compatibles con las características de la habitación y con la funcionalidad de la Unidad. Se fomenta el que la familia traiga a la Unidad fotografías de sus miembros así como pictogramas o aquellos materiales de comunicación aumentativa que el paciente pueda utilizar. En casos de pacientes con autismo, consideramos imprescindible la coordinación con el

centro educativo. En ocasiones, terapeutas y profesores participan en el propio ingreso dedicando parte de su tiempo a mantener cierta rutina en la vida del paciente. El horario se flexibiliza en relación al resto de pacientes ingresados y se realizan agendas diarias con las actividades principales si el paciente lo requiere.

En caso de urgencia médica durante la mañana, el Coordinador Asistencial de AMI-TEA acompaña al paciente y su familia a la Urgencia hospitalaria, registra al paciente y se pone en contacto con los especialistas que serán los responsables del paciente en urgencias. De esta forma se facilita el conocimiento por parte del especialista de las características personales del paciente, especialmente de aquellas que pueden dificultar/ facilitar su exploración y tratamiento. En general, la atención consiste en sumarle un nivel de gravedad y por tanto de urgencia a la patología, y establecer las condiciones ambientales y de acompañamiento necesarias por la discapacidad del individuo para posibilitar una atención sanitaria adecuada. El Coordinador realiza seguimiento/acompañamiento de la atención médica del paciente hasta la finalización del proceso.

Asimismo, los profesionales de dos de las especialidades más demandadas por los pacientes del programa, neurología de adultos y nutrición, pasan consulta periódica en los despachos de AMI-TEA. Esta medida ha supuesto una mejor colaboración por parte de los pacientes, ya que el conocer el entorno médico hace que se muestren más tranquilos en la consulta. Con estas dos especialidades y con Oftalmología se han establecido, tras reuniones de consenso, unos protocolos básicos de derivación, gestionándose las citas de forma personalizada y preferente. Por otro lado, desde el inicio del 2013 se cuenta con el apoyo de una trabajadora social que específicamente se encarga de la población con TEA un día a la semana.

Para el **subproceso de alta y seguimiento** el Servicio tiene definidos criterios de calidad como por ejemplo que el paciente obtiene siempre el informe de alta en mano antes de dejar el Servicio, que se realiza siempre un contacto con Salud Mental de zona previo al alta para coordinación con psiquiatría y gestión de cita preferente de seguimiento (aunque los recientes cambios en la Sanidad no permiten obtener la cita en el 100% de los casos como hasta hace poco). En aquellos casos de implicación social relevante, la

Trabajadora Social se pone en contacto con los Servicios Sociales y redes de apoyo social correspondientes. Además del informe de alta médico el paciente recibe un informe de alta de enfermería cuando los cuidados de enfermería durante el ingreso y al alta así lo requieren.

Además, con el objetivo de evaluar los efectos del tratamiento durante el ingreso, se recoge la información de la evolución sintomática con una escala psicopatológica validada para el seguimiento de los síntomas tanto en condiciones ambulatorias como de ingreso hospitalario. Para posibilitar la evaluación de las características de los ingresos, se ha puesto en marcha una base de datos, de cumplimentación al alta de cada paciente, que incluye variables socio-demográficas, familiares y clínicas. Esta base está anonimizada, se completa con un registro de pacientes con los datos personales disociados de los clínicos, y ha sido aprobada por el Comité de Ética Clínica Asistencial del Hospital.

En el caso de las altas médicas de los pacientes incluidos en AMI-TEA y resto de programas específicos el compromiso es hacerla efectiva sin demoras para devolver lo antes posible a su entorno habitual al paciente e incluir calendario de citas programadas para seguimiento del problema de salud. En los CSM hay también un contacto continuo con los profesionales de primaria, y los servicios sociales y educativos de zona.

La **información a los pacientes** es una necesidad constante que abarca los subprocesos de admisión, atención y alta. Las normas del funcionamiento y los horarios de terapias y actividades desde la Unidad de Hospitalización del Servicio están disponibles en todas las habitaciones para conocimiento del paciente. El paciente recibe información sobre su enfermedad y evolución clínica en las entrevistas terapéuticas con el profesional responsable de su caso, y siempre que sea necesario recibe información de los demás profesionales del Servicio, especialmente del personal de enfermería, con quien mantiene contacto constante. Semanalmente se realiza una Asamblea de pacientes con el personal de enfermería donde los pacientes expresan quejas y consultas sobre las normas de funcionamiento del Servicio. El acta de la Asamblea se lee en la Reunión semanal para contestar a los pacientes en la siguiente Asamblea aquello que no puede ser resuelto en el momento. En estas reuniones, los pacientes reciben información directa sobre los motivos de la aceptación o negativa de sus quejas y

sugerencias y de las iniciativas que se ponen en práctica teniendo en cuenta sus opiniones. Este procedimiento se instauró por solicitud de los pacientes ingresados.

Procesos de atención a familiares:

La información a familiares, identificado como uno de los factores de calidad asistencial más importante para los usuarios de servicios sanitarios, sobre todo al tratarse de adolescentes, está protocolizada: los familiares o tutores legales del paciente tienen una entrevista con los profesionales responsables del caso en el momento del ingreso en la que se les entrega una hoja informativa y la Carta de Servicios del Servicio, además se les resuelven las dudas que puedan presentar. Se realiza otra entrevista semanal durante el tiempo que esté ingresado el paciente, y una última reunión justo antes del alta en la que se informa de orientación, derivación, pronóstico, recomendaciones terapéuticas y necesidades de seguimiento. En el momento del ingreso el personal de enfermería enseña a la familia toda la Unidad de Hospitalización y les entrega documentación con las normas de funcionamiento. Además, la DUE responsable del caso se pone en contacto con los familiares o el tutor diariamente para informar de los progresos clínicos y cualquier incidencia ocurrida. Además, el personal de enfermería recibe y da información a la familia en visitas o salidas. En el programa AMI-TEA el enfermero responsable realiza determinación de constantes vitales y medidas antropométricas. Se administran además cuestionarios sobre el estado de salud y de evolución clínica del paciente. Complementariamente se facilita documentación con toda la información relativa al programa, así como con teléfonos y dirección de correo electrónico de contacto. El enfermero del programa se encarga además de gestionar las citas médicas de acuerdo con la disponibilidad de la familia para facilitar su asistencia, intentando agrupar pruebas, siempre y cuando eso redunde en acortamiento de tiempos de espera. En las primeras citas médicas a otras especialidades una de las personas del programa acompaña al paciente y su familia, repitiéndose dicho acompañamiento en citas posteriores siempre que sea necesario.

Según el artículo 10 de la Ley General de Sanidad sobre consentimiento informado, existe una obligatoriedad de consentimiento informado del paciente o sus representantes legales ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, así como la facultad de éste de rechazar el tratamiento. En el

Servicio, tanto los pacientes como la familia reciben una información puntual y adaptada para facilitar la comprensión de los diagnósticos, procedimientos e intervenciones indicadas. Junto con la información verbal se les facilita información por escrito, según cada caso, relativa a tratamientos o distintos diagnósticos psiquiátricos. Se emplean protocolos de consentimiento informado de dos tipos: aquellos que son generales y aplicados por el resto de los servicios del hospital y los específicos de las unidades de psiquiatría. En estos momentos existen varios consentimientos informados específicos de nuestro Servicio: el de administración de T.E.C. (Terapia Electroconvulsiva), el de tratamiento con clozapina, el de ingreso y tratamiento farmacológico, el de salidas durante la hospitalización, el de administración de la prueba ADOS-G, el de grabación en video con fines docentes y el de participación en sesión clínica. En el caso de la clozapina, debido al riesgo que tiene asociado a efectos secundarios (1% de riesgo de desarrollo de agranulocitosis) el Ministerio de Sanidad establece controles consistentes en protocolos estandarizados que han de ser completados por el facultativo prescriptor para la dispensación por la Dirección General de Farmacia del medicamento. También se han realizado hojas informativas para otros psicofármacos como litio, ácido valproico, carbamacepina, antipsicóticos y antidepresivos. Además cada uno de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el Servicio, en la actualidad unos treinta proyectos distintos, tiene su propio consentimiento informado para los menores y sus representantes legales. En el caso de ensayos clínicos se requiere también notificación a la Fiscalía de Menores según la Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.

Aunque es difícil separar la información que se proporciona a los familiares de pacientes del apoyo psicológico a los familiares, puesto que ambas cosas se dan en un proceso común de interacción con los profesionales del Servicio, dividimos ambos aspectos entendiendo que el apoyo psicológico va más allá de la mera información sobre el estado de salud de su familiar para profundizar en información general y estrategias de afrontamiento ante la situación de tener un hijo con una enfermedad mental. La actividad principal para este objetivo son los grupos terapéuticos de padres que tienen lugar en varios dispositivos del Servicio (CSM, padres de pacientes hospitalizados, padres de pacientes en programas específicos). Los objetivos generales de estos grupos tienen que ver con la prevención y la disminución del estrés familiar ante un patología psiquiátrica o el

ingreso de un hijo en la Unidad de Hospitalización, y proporcionan a la familia estrategias de actuación y afrontamiento de conductas problemáticas en el niño y el adolescente. También se les proporciona información general sobre los recursos sanitarios, educativos y redes de apoyo social a los que acudir.

A nivel ambulatorio se da también apoyo psicoterapéutico semanal a los pacientes y sus familias integrados en el programa específico de primeros episodios psicóticos (PIENSA) y en el de manejo de las conductas suicidas (ATraPA). Así como grupos de padres de menores atendidos en los CSM del Servicio.

C. Procesos de soporte:

Los procesos de soporte están gestionados en gran medida por los servicios centrales del hospital, que proveen estos servicios para todo el centro hospitalario. La responsabilidad de los trabajadores del Servicio, por lo tanto, está limitada a la puesta en práctica de las directrices marcadas y a la transmisión de información a los servicios correspondientes.

5.D. PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y SERVICIO DE ATENCIÓN, DE PRODUCTOS Y DE SERVICIOS.

En la Unidad de Hospitalización de forma previa a la recepción del paciente se lleva a cabo el sistema de gestión de camas por el personal de enfermería. Mediante un efectivo sistema de estudio de la situación de los pacientes ingresados y el alta a tiempo, se ha conseguido que en los años de funcionamiento sólo se haya tenido que derivar a menos de diez pacientes de nuestras áreas de referencia a otros hospitales. Además, esta gestión de camas ha sido lo suficientemente ágil como para poder ingresar a pacientes de otras áreas sanitarias e incluso de otras comunidades autónomas que no contaban con los recursos necesarios.

Como ya se ha indicado previamente, la Unidad de Hospitalización ha puesto especial atención al proceso de seguimiento de pacientes tras obtener el alta, creando su propio sistema de evaluación de seguimiento anual. El primer paso consistió en un estudio en que se pretendía poder relacionar algunas variables de la evolución de los pacientes con aspectos relacionados con el tratamiento, tanto durante el ingreso como después del alta. Para ello, se realizó durante un tiempo un seguimiento de los

casos, consistente en la administración de un cuestionario telefónico. A continuación se remitía un dossier de cuestionarios a la familia y paciente, y un cuestionario al profesional de referencia. Este estudio se basaba en que la evolución de la patología infanto-juvenil depende, no solo del diagnóstico y otras variables individuales, sino también de la continuidad de cuidados, la idoneidad de los mismos, y algunas variables socio-familiares. En este estudio se observó que la evolución de los pacientes después del alta hospitalaria dependía de variables familiares, además de la gravedad de los síntomas o de la patología, al ingreso. Los resultados de este estudio refuerzan el énfasis que se debe poner en distintos aspectos del tratamiento (adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, trabajo con las familias, derivación al alta, etc.) desde el Servicio. Además, se han difundido los resultados en congresos de la especialidad. En un siguiente paso se difundieron los resultados a los profesionales que atienden a estos pacientes y se valoró el establecimiento de un sistema de seguimiento de todos los pacientes desde el Servicio, que fuera el idóneo en base a los resultados obtenidos sobre las variables más relevantes. En base a esos datos y a las estadísticas de reingreso en la Unidad de Hospitalización después del alta se crean programas ambulatorios específicos para pacientes con trastornos mentales graves en los que se busca un seguimiento intensivo en un medio con los recursos suficientes para afrontar intervenciones en crisis y pruebas diagnósticas complejas. Además, desde el Servicio se ha apoyado la creación de un Centro de Media Estancia para Adolescentes que está a punto de iniciar su andadura, siendo una de las psiquiatras del Servicio miembro del equipo médico de evaluación de casos para toda la Comunidad de Madrid.

5.E. GESTIÓN Y MEJORA DE LAS RELACIONES CON LOS CLIENTES.

La gestión y mejora de las relaciones con los clientes se lleva a cabo mediante varios sistemas protocolizados de recogida de información. Tal como se ha indicado (criterio 2.A.), consideramos nuestros clientes directos tanto a los pacientes como a los familiares o tutores legales de los mismos. Hemos diseñado por lo tanto métodos de recogida de información adaptados a ambos colectivos.

La información de la **satisfacción de los pacientes**, por tratarse de una población menor de edad, es de forma principalmente verbal y en un medio lo más terapéutico posible. Así, la opinión de los pacientes se

obtiene durante las entrevistas médicas, durante las reuniones de discusión de quejas y sugerencias realizadas en la Unidad de Hospitalización con frecuencia semanal por el personal de enfermería, y cuando es posible se hacen modificaciones en el funcionamiento de la Unidad basándonos en estos comentarios. La gran ventaja que tiene este método de intercambio de información es que los pacientes reciben información directa del uso que se va a hacer de sus opiniones y, cuando no es posible poner en práctica sus opiniones por motivos terapéuticos, se les explica dichos motivos. Los profesores del Aula Hospitalaria recogen información directa de los pacientes alumnos relacionada con el funcionamiento, sus expectativas y su satisfacción con la misma.

Para la recogida de **información de familiares o tutores de los pacientes** se han estructurado varios sistemas, algunos de ellos específicos del Servicio y otros gestionados desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital:

1) Recogida de **comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias** de forma no sistemática durante las conversaciones y reuniones informativas que los distintos profesionales mantienen con los familiares o tutores legales de los pacientes durante el periodo de hospitalización de los mismos. Además, se recogen las felicitaciones por escrito y se archivan como un indicador de resultados en los clientes.

2) **Buzón de sugerencias**, situado en la planta baja del edificio de psiquiatría y compartido con las demás Unidades de psiquiatría, que ofrece la posibilidad de dar opiniones de forma anónima. Estas sugerencias se gestionan de forma centralizada desde el Servicio de Atención al Paciente del hospital. El S.A.P. recoge periódicamente la información, la clasifica y hace un informe global con las oportunidades de mejora para la dirección del hospital. Este servicio informa directamente al responsable del Servicio, a la Supervisora de enfermería o a la dirección correspondiente cuando hay alguna sugerencia relevante. Durante estos años no se han recibido muchas sugerencias en estos buzones, entendiendo este dato como una muestra de que los usuarios nos transmiten la información por los otros medios citados.

3) **Encuesta de satisfacción de usuarios**, entregada a los familiares o tutores legales de los pacientes en el momento del alta. Siguiendo nuestro principio de considerar la opinión de los usuarios como una fuente de información imprescindible para una correcta

gestión, los profesionales del Servicio desarrollamos esta encuesta de satisfacción de usuarios antes de la apertura de la Unidad de Hospitalización, por lo que disponemos de información representativa de todos los usuarios que hemos tenido desde la apertura de esta dependencia asistencial dentro del Servicio. El cuestionario es anónimo, auto administrado y se entrega en mano a los familiares o tutores de todos los pacientes en el momento del alta. El cuestionario puede ser entregado en un buzón a tal efecto situado fuera de la Unidad o ser remitido por correo (se les entrega a los familiares un sobre prefranqueado para ello). Las preguntas cubren las dimensiones de trato recibido, competencia profesional, información recibida, instalaciones, apoyo a la familia y valoración global. En la actualidad se utiliza una nueva versión del cuestionario de satisfacción que se administraba desde la apertura del Servicio, absolutamente compatible con el anterior para permitir comparaciones, pero simplificado y mejorado. Los padres de los pacientes han estado cumplimentando durante un año la encuesta antigua y la nueva abreviada, para su comparación posterior. Esto nos permitió hacer un estudio de interfiabilidad entre las dos escalas recogiendo la versión actual aspectos más relevantes que la previa en menor tiempo. Actualmente se cumplimenta exclusivamente la versión abreviada.

El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se lleva a la reunión de gestión de forma semestral, donde es analizado por los trabajadores. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación.

El Servicio cuenta con un protocolo de evaluación de satisfacción de usuarios donde se especifica el responsable, las actividades a llevar a cabo, instrumentos a utilizar, método y periodicidad de evaluación de resultados y periodicidad de la revisión del sistema de evaluación. Además del análisis de los datos, periódicamente se analiza el propio sistema de evaluación de satisfacción de usuarios.

Como entendemos que la comparación con otros servicios similares es necesaria para un buen análisis de los datos obtenidos, el Servicio ha promovido el intercambio de datos con un Servicio de características muy similares al nuestro. Se realizan reuniones periódicas con dicho Servicio de referencia en las que se estudian los procesos por lo que se han obtenido dichos resultados. Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción de familiares y tutores

y los datos de comparación con la unidad de referencia se presentan en el punto 6.A. Hemos obtenido financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Ciencia e Innovación para comparar la calidad asistencial de personas con trastorno del espectro autista en nuestra Comunidad desde la creación del programa AMI-TEA con otras Comunidades que no cuentan con este programa de atención. Los parámetros comparados son: variables médicas, estado de salud percibido, uso de servicios y gasto sanitario, satisfacción con servicios, estrés familiar percibido y conocimiento sobre TEA de los profesionales.

4) **Reclamaciones:** Además de los métodos empleados en el proceso de medición de la satisfacción de pacientes y familiares de los pacientes para conocer su opinión y establecer cambios basados en esta información, el hospital cuenta con un Servicio de Atención al Paciente (S.A.P.), al que pueden acudir pacientes y familiares usuarios de todas las áreas del hospital. En este servicio se ofrece la posibilidad de presentar reclamaciones, además de proporcionar información.

Las reclamaciones constituyen una fuente de información muy importante para detectar lo que los usuarios consideran fallos en nuestra actuación.

En el Servicio no contamos con un sistema propio de recepción y gestión de reclamaciones, ya que todas las reclamaciones del hospital son encauzadas por el Servicio de Atención al Paciente. De esta forma, todas las reclamaciones referidas al Servicio son entregadas por escrito en el Servicio de Admisión de cada pabellón o directamente en el S.A.P. que es el encargado de tramitarlas y contestarlas. Una vez se ha recibido la reclamación, ésta es enviada a los responsables de la Sección para su conocimiento, análisis y resolución. La respuesta a la reclamación es enviada al S.A.P. para transmisión al usuario. Estas reclamaciones sirven como feedback a la actuación de los profesionales del Servicio, por lo que son posteriormente comunicadas a todos los trabajadores en las reuniones trimestrales de gestión. En el criterio 6.B. se presentan los datos de reclamaciones recibidas en el Servicio hasta el momento y el tiempo de respuesta a las mismas.

**CRITERIO 6.
RESULTADOS EN LOS CLIENTES**

6.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Satisfacción de usuarios

Los usuarios son considerados el centro de nuestra actividad y, por lo tanto, conocer su satisfacción y trabajar en su mejora han sido siempre objetivos del Servicio. Al ser nuestros usuarios menores de edad, se evalúa la satisfacción de sus familiares o tutores legales. El estudio de satisfacción de familiares o tutores se realiza según la metodología explicada en el punto 5.E. En la actualidad existen datos de un periodo de catorce años. Se incluyen aquí los resultados obtenidos durante el año 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013, junto con una comparación longitudinal de los datos para observar la evolución de los mismos. Se presenta también la comparación de estos resultados con otras organizaciones del sector.

Se recogieron un total de 179 cuestionarios cumplimentados (año 2013), en un periodo en el que se dieron de alta de la Unidad 367 pacientes, lo que supone un índice de respuesta de 48,77 %. Debido a este índice de respuesta consideramos que estas puntuaciones son representativas del conjunto de la población atendida. Además, consideramos este índice de respuesta como un dato positivo en sí mismo, que a nuestro entender refleja una muestra de confianza de los usuarios en los profesionales de la Unidad.

Índice de respuesta = 48,77 %

Las puntuaciones representadas están en una escala del 1 al 10. Como puede observarse, las puntuaciones son en general muy altas, obteniendo una puntuación media global de **8,92** en el año 2009 que prácticamente se repite cinco años después, en 2013, lo que indica un grado de satisfacción más que aceptable de los familiares o tutores de los pacientes. En la tabla se pueden observar unos buenos resultados sostenidos durante los años evaluados. En este último periodo de evaluación sólo hay tres ítems que obtiene una puntuación inferior a 9: competencia profesional de Trabajadora social, adecuación de las condiciones físicas de la Unidad y competencia profesional de psicólogo. Las puntuaciones menores de psicóloga y trabajadora social tienen que ver probablemente con que son profesionales que no están involucrados en todos los casos, por lo que aquellos en los que no hay puntuación (al no aplicar por no haber participado directamente en el ingreso) bajan la media de la

misma. Se está trabajando en una modificación de la encuesta de satisfacción para que refleje más adecuadamente el trabajo de estos profesionales. Con objeto no obstante de mejorar la ayuda psicológica a familiares, desde el año 2007 se están ofertando grupos de psicoeducación para pacientes que ya están de alta y sus familiares en horario de tarde, además de los grupos terapéuticos para padres de adolescentes ingresados que se realiza los miércoles por la mañana.

Tabla 6.A.1.

MEDIA EN LAS RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES

Tema de la Pregunta	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción</i>	9,14	9,01	9,13	9,34	9,27	9,25	9,48
<i>Competencia profesional de psiquiatras</i>	9,52	9,64	9,61	9,62	9,59	9,63	9,76
<i>Competencia profesional de psicólogo</i>	9,5	8,95	9,33	9,34	7,1	9,38	9
<i>Competencia profesional de Trabajadora social</i>	9,03	8,96	9,2	9,1	7,14	9,06	9,38
<i>Competencia profesional del personal de enfermería</i>	9,14	9,63	9,69	9,59	9,59	9,51	9,64
<i>Apoyo y ayuda a los familiares y tutores</i>	8,89	8,86	8,65	8,54	8,73	8,62	9,22
<i>Adecuación en la orientación y derivación</i>	8,96	8,94	8,8	8,83	8,93	8,85	9,27
<i>Puntualidad en las citas</i>	9,22	8,95	8,99	8,82	8,79	7,75	9,28
<i>Adecuación de las condiciones físicas de la Unidad</i>	8,44	8,08	8,09	8,23	8,37	8,41	8,67
<i>Puntuación global a la Unidad Hospitalización</i>	9	9,02	8,92	8,93	9,01	9,2	8,6

Respecto a la adecuación de las condiciones físicas del Servicio, recientemente se ha conseguido financiación para pintar la Unidad y para mejorar las condiciones del material de la Unidad de Hospitalización. No obstante, seguimos trabajando en ello, habiéndose identificado como área de mejora en las evaluaciones y solicitado en reiteradas ocasiones al Hospital 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. El Jefe de Servicio y la Supervisora de

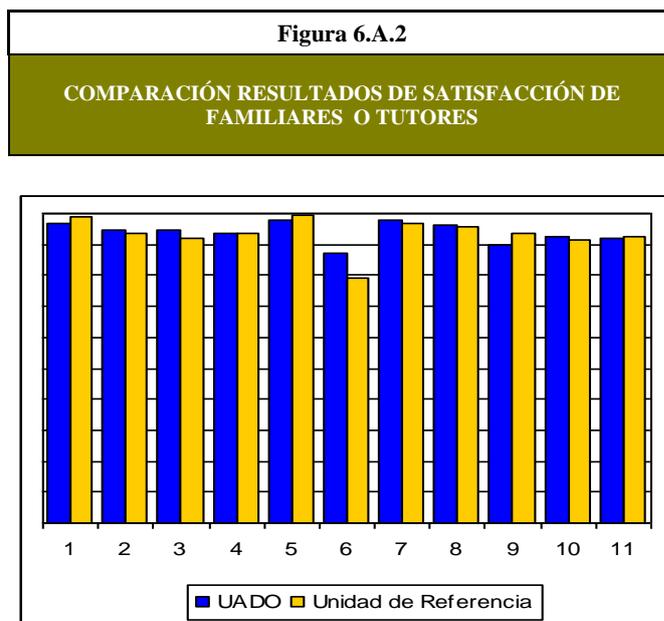
enfermería han solicitado asimismo de firma reiterada la creación de un espacio al aire libre para los adolescentes ingresados en el que poder tener un área de esparcimiento, hacer deporte y desarrollar distintas actividades terapéuticas. Tras varios años de gestiones se ha construido una terraza cubierta en estos momentos, con financiación privada, a la que se tendrá acceso directo desde la Unidad. Tras iniciar el programa AMI-TEA, y tras evaluar las necesidades de sus usuarios, en cuanto a condiciones físicas (necesidad de ambiente estructurado y tranquilo, salas de espera adaptadas, pictogramas identificativos, salas para evaluaciones diagnósticas), desde el año 2013 se ha trasladado el programa a una de las alas del edificio de Psiquiatría que antes ocupaba el Servicio de Psiquiatría de adultos. Además, para mejorar las condiciones de atención y facilitar la misma a personas con problemas de desplazamiento, bien por la distancia, al ser un programa que cubre todo Madrid, como por las características propias de esta población, se ha habilitado el programa de Teleasistencia en esta consulta, para devolución de resultados y para citas seleccionadas que no precisen la exploración física directa. Otra mejora en el entorno será la implantación en breve del programa Doctor TEA que permitirá a los usuarios de AMI-TEA familiarizarse mediante una web al efecto con los distintos profesionales, localizaciones, instrumental y procedimientos previamente a acudir a las citas al hospital.

El informe con las puntuaciones de satisfacción recibidas se analiza en las reuniones de gestión. Tras el análisis, se proponen cambios en el sistema que afecten a las dimensiones que obtienen una menor puntuación. Se promueve la comparación de resultados con otras unidades del sector, en concreto con una Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil de otra Comunidad Autónoma con características muy similares a la nuestra (como única diferencia destacable su población va de los 0 a los 18 años y la nuestra es de 12 a 18) y que utiliza un cuestionario de evaluación muy similar. Sólo se comparan las preguntas que son idénticas en ambos cuestionarios.

Se presenta aquí la comparación de los datos de 2006, último año disponible para ese Hospital. El análisis de la Unidad de Referencia está basado en 178 encuestas, mientras que la nuestra incluye 155. La media de puntuación de las respuestas está reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 6.A.2.		
COMPARACIÓN RESULTADOS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES- AÑO 2006		
Tema de la Pregunta	UADO	Unidad de Referencia
1- Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,7	9,9
2- Puntualidad en las citas	9,46	9,38
3- Información sobre el trastorno y tratamiento recibido	9,45	9,19
4- Competencia profesional de psiquiatras y psicólogos	9,36	9,38
5- Amabilidad y consideración en el trato de psiquiatras y psicólogos	9,78	9,92
6- Adecuación de las condiciones físicas de la unidad	8,71	7,9
7- Corrección en el trato del personal de enfermería	9,76	9,7
8- Competencia profesional del personal de enfermería	9,63	9,58
9- Ayuda psicológica a la los familiares y tutores	8,97	9,34
10- Puntuación global a la acogida y el trato del equipo	9,27	9,12
11- Puntuación global a la competencia y eficacia profesional del equipo	9,2	9,24

La comparación de respuestas agrupadas por dimensiones de satisfacción queda reflejada en la figura 6.A.2:



Los resultados obtenidos en ambas unidades son muy similares en todas las respuestas, por lo que en este último análisis no se identifica ningún área del que sea necesario intercambiar información sobre los procesos para aprender de la unidad de referencia. Se seguirán haciendo análisis comparativos con la intención de identificar áreas con mejores resultados en alguna de las dos unidades que lleven al aprendizaje mutuo.

b) Satisfacción de Centros de Salud Mental de referencia.

Ante la falta de datos de satisfacción de los centros que nos derivan pacientes y su opinión sobre la idoneidad de la continuidad asistencial actual, a principios del año 2003 se establece un sistema estructurado de estudio de satisfacción y expectativas de los Centros de Salud Mental Ambulatorios (CSM) de los distritos desde los que se derivan pacientes a la Unidad de hospitalización. Tras un estudio de las experiencias similares, se utiliza un cuestionario publicado, modificándolo para adaptarlo a las características de la Unidad. Se establece un protocolo de evaluación donde se define el responsable del proceso, la metodología a utilizar, la periodicidad del estudio y la utilización de resultados. Se establece también la necesidad y periodicidad (dos-tres años) de revisión del propio sistema de evaluación.

Hasta la fecha se han realizado cuatro evaluaciones con este instrumento: en el 2003, 2005, 2007, 2010 y 2012. Los resultados se analizan en las reuniones trimestrales de gestión y se trabaja en las áreas que obtienen una mejor puntuación. Tras las evaluaciones del 2003, 2005 y 2007 se trabajó en la definición de un protocolo de envío periódico de información a los CSM, la simplificación del trámite de derivación y el envío del informe de alta directamente al psiquiatra del CSM.

En el año 2010 se obtienen 17 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 77%. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

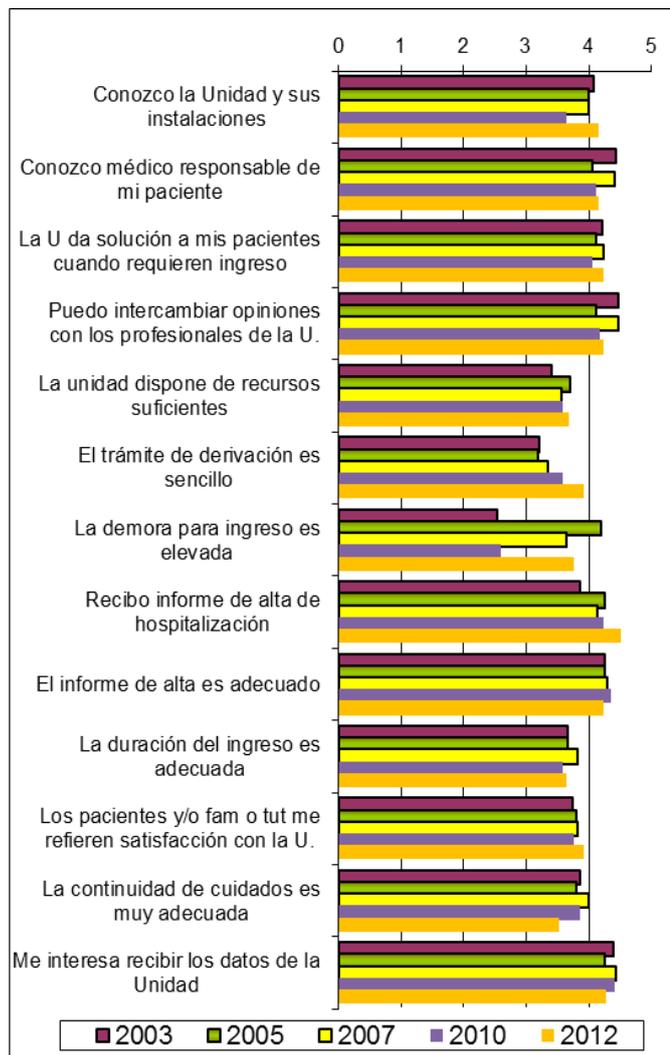
En el año 2012 se obtienen 25 cuestionarios cumplimentados, lo que supone un índice de respuesta del 89,28 %. A continuación se presentan los resultados obtenidos.



El intervalo de puntuación va de 1 a 5 siendo 1 la puntuación mínima y 5 la máxima

La encuesta de satisfacción incluía además una pregunta abierta en la que se solicitaban comentarios o sugerencias. Los tres comentarios obtenidos en dicha pregunta abierta cubren las siguientes temáticas: necesidad de recursos, trámite de derivación y la necesidad de formación en los Centros de Salud Mental.

RESULTADOS SATISFACCIÓN, AÑOS 2003 – 2012



El intervalo de puntuación va de 1 a 5 siendo 1 la puntuación mínima y 5 la máxima.

Las variaciones en los resultados de todas las preguntas son muy pequeñas. Entre las puntuaciones que mejoran ligeramente, cabe destacar los ítems sobre la recepción del informe de alta y sobre la sencillez en el trámite de derivación, probablemente resultado del compromiso adquirido por el Servicio de enviar el informe de alta en sobre cerrado al responsable del programa infanto-juvenil y de difundir los criterios de derivación.

Entre las puntuaciones que disminuyen ligeramente destacan los ítems sobre el conocimiento del médico responsable del paciente y la posibilidad de intercambiar opiniones con él/ella. Aunque la puntuación al respecto sigue siendo buena, el Servicio estudiará la posibilidad de establecer iniciativas al respecto.

Desde el Servicio se propone a otras unidades de características similares la utilización de nuestro estudio de satisfacción de CSM para poder tener información comparativa de organizaciones del sector. Incluso se ha publicado el estudio en una revista de psiquiatría para que pueda ser duplicado en otros centros.

El Profesor Titular del Servicio es evaluado por sus alumnos mediante encuestas anónimas del programa DOCENTIA de la Universidad. Las valoraciones de los alumnos son muy satisfactorias con una puntuación global de 4.4 sobre 5.

Universidad Complutense de Madrid
 Resultados del Cuestionario de la Actividad Docente del Profesorado (Teoría) 2012-2013

Titulación: GRADO EN MEDICINA
 Asignatura: PSIQUIATRÍA
 Actividad: Docencia y evaluación
 Grupo: Hospital Gregorio Marañón_Hospital Infanta Leonor
 Profesor/a: FELISA ADAMONTE GIBERT

Pregunta	Total	1	2	3	4	5	No/No	Dev.Típica	Media
4. Grado de satisfacción con la información recibida sobre el sistema de evaluación de la asignatura	15	0	0	6	7	2	0	0.8418	3.73
5. Organiza, prepara y estructura bien las clases	15	0	0	2	3	10	0	0.8142	4.53
6. Explica de forma clara y comprensible los contenidos de cada tema	15	0	0	1	3	11	0	0.8729	4.67
7. Despierta nuestro interés por la asignatura	15	0	0	2	4	9	0	0.7904	4.47
8. Utiliza de forma adecuada los recursos didácticos	15	0	2	6	2	4	1	1.1387	3.57
9. Mantiene un trato correcto con los/as estudiantes	15	0	0	2	13	0	0	0.4701	4.87
10. Porcentaje o grado de cumplimiento con el programa de la asignatura	15	0	0	0	3	11	1	0.4556	4.79
11. La carga de trabajo de esta asignatura se corresponde con los créditos que tiene	15	0	0	2	11	2	0	0.7559	4
12. Grado en que se están alcanzado los objetivos formativos	15	0	0	2	11	1	1	0.8013	3.93
13. Estoy satisfecho/a con la labor docente de este/a profesor/a	15	0	0	3	3	9	0	0.7709	4.4

6.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

a) Reclamaciones

La tabla 6.B.1. muestra los datos de reclamaciones recibidas y el tiempo medio de respuesta a las mismas.

Tabla 6.B.1.

DATOS DE RECLAMACIONES DE USUARIOS													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Nº reclamaciones</i>	1	2	1	3	1	1	2	2	3	0	6	1	5
<i>Nº de días de resolución (media)</i>	8	11.5	7	9,5	6	12	10	3,5	3,1	0	8	12	6,4
<i>% respuestas en < 15 días</i>	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	NA	100,00%	100%	100%

Como se puede observar en la tabla, el tiempo de respuesta de reclamaciones ha cumplido el objetivo propuesto de respuesta en menos de 15 días (establecido en la carta de servicios del Servicio). No se comparan datos con otros Servicios del hospital porque, tras analizar la posibilidad con la responsable de atención al usuario (unidad que gestiona las reclamaciones del hospital) se considera que su valor sería muy bajo debido a las características específicas de la población tratada.

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, lo que es considerado un dato positivo del funcionamiento del centro, 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.

C) Cartas de agradecimiento:

Los trabajadores del Servicio reciben constantemente cartas de agradecimiento de los pacientes y los familiares de pacientes que han sido tratados por profesionales del mismo. Estamos orgullosos de poder decir que algunos de los pacientes hospitalizados durante el primer año de funcionamiento continúan mandando felicitaciones navideñas y cartas de agradecimiento al Servicio o a los profesionales que los trataron. Como entendemos que las cartas de agradecimiento y felicitación son un refuerzo personal a los profesionales que las reciben, no se registran ni almacenan en el Servicio, sino que son entregadas directamente al profesional correspondiente.

Por último en el momento del alta de los pacientes, éstos realizan una despedida de sus compañeros ingresados y del personal de la planta, momento que se aprovecha para recabar información de forma no reglada sobre la Unidad de Hospitalización y los profesionales que trabajan en la misma.

D) Petición de cambio de profesional:

Aunque existe la posibilidad legal de solicitar cambio de profesional durante el proceso de tratamiento ha sido excepcional que familiares o tutores de pacientes hayan solicitado un cambio de profesional, y en los casos en que ha sido así ha tenido que ver con las características del caso y con la mejor adecuación a las necesidades del mismo, siendo pactado con los profesionales, lo que consideramos un indicador positivo de resultados.

E) Lista de espera:

A pesar de que 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 Unidad de Hospitalización, esta tendencia ha cambiado en el último año. En este tiempo 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. Con objeto de mejorar la gestión de las camas, se ha establecido un sistema por el cual se recoge la información relevante de los menores con necesidad de ingreso en un Excel a disposición de los profesionales en el ordenador del control de la Unidad 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. Desde 2013 se cierran 5 camas en los meses de julio, agosto y septiembre por orden de la Gerencia, habiéndose tenido una ocupación cercana al 100% en los meses de verano del

año pasado. A pesar de ello, la estancia media se ha mantenido en cifras inferiores a las de unidades de características similares, lo que indica una gestión eficiente de los recursos a pesar de las dificultades coyunturales.

En relación a la atención ambulatoria, la aparición del programa AMI-TEA (programa de referencia para toda la Comunidad de Madrid), la unión en el mismo Servicio de las Secciones de infantil y adolescentes, y la instauración del área única y la libre elección de profesional, ha supuesto un incremento muy importante de la demanda del número de nuevas consultas que ha incrementado la lista de espera, con una demora máxima en el año 2014 de 75 días.

En las consultas externas de psiquiatría infantil y CSM se ha incrementado la lista de espera en los últimos años. Hay un claro incremento de la lista de espera desde que se aprobó la libre elección de médico en nuestra Comunidad. A pesar de incrementar el número de pacientes nuevos semanales vistos por los profesionales de dispositivos ambulatorios la lista de espera aumenta porque aumenta más la demanda. Recientemente, en este año 2014, tras argumentar en Jefe de Servicio en varias ocasiones a la Dirección que todas las gestiones puestas en marcha para optimizar el número de pacientes vistos no eran suficientes para reducir la lista de espera, se ha conseguido ampliar la plantilla del Servicio en un psiquiatra con la finalidad específica de hacer frente a este aumento en la demanda. Esperamos que la lista de espera disminuya de forma significativa en lo que resta del año 2014.

CRITERIO 7.
RESULTADOS EN LAS PERSONAS

7.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

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 de los cuestionarios existentes se eligió un cuestionario validado utilizado en otras unidades de hospitalización. Se definió un protocolo de evaluación de satisfacción de profesionales donde el Jefe de Servicio es el responsable directo del proceso.

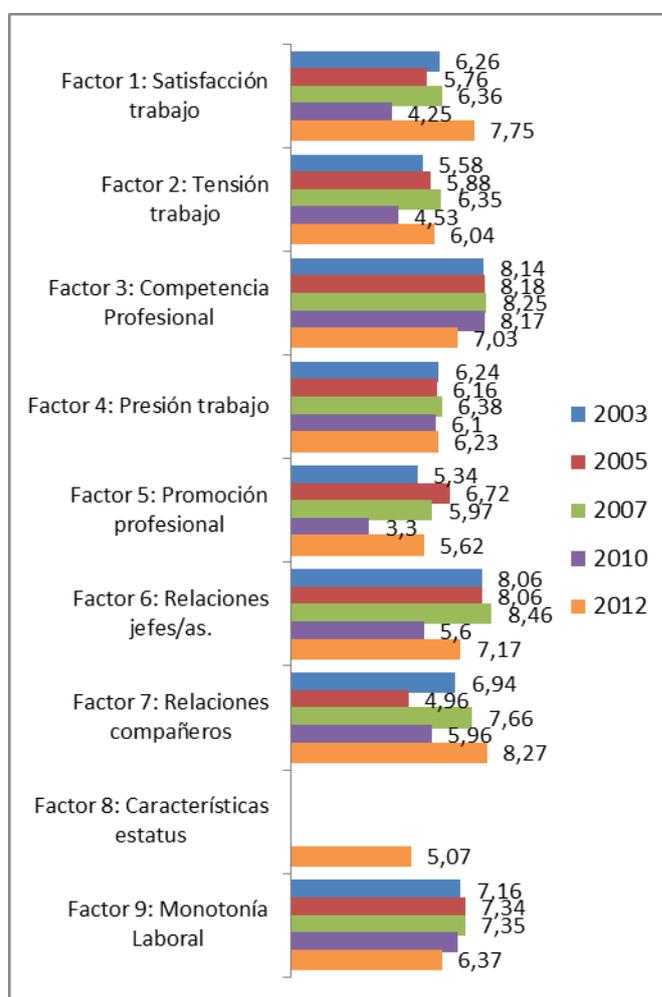
En las evaluaciones llevadas a cabo en 2003, 2005 y 2007 se identificaron las áreas de mejora relacionadas con la satisfacción de profesionales, y se creó un grupo de trabajo para facilitar la mejora de las mismas. El grupo está formado por 5 miembros voluntarios (dos psiquiatras, una enfermera, una trabajadora social y una auxiliar de enfermería), se constituyó en enero de 2004 y se reúne al menos 2 veces al trimestre. Este grupo define objetivos de trabajo que conciernen a la promoción de acciones dirigidas al reconocimiento de los empleados. Entre las acciones llevadas a cabo hasta la fecha destacan:

- Diagnóstico de necesidades de comunicación interna y mejora del rendimiento de los canales existentes de comunicación interna (por ejemplo corcho para temas de calidad, solicitud de un plan de comunicación que está en desarrollo).
- Creación de grupos de visita a otros centros y recursos de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil de la CAM y centros adscritos a IMFM.
- Visita-intercambio de miembros del personal a otras Unidades afines de otras CCAA.
- 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 del Servicio.
- Nombramiento de un encargado de recoger las reseñas periódicas del Servicio y del personal.
- Mejora del sistema de transmisión de felicitaciones recibidas, por constituir un elemento motivador.
- Visitas programadas a otros centros afines con los que nos relacionamos que sirven como elemento motivador porque se hacen en horario laboral y como elemento de formación y conocimiento.
- Promoción de actividades lúdicas y conmemorativas (cena aniversario, celebración de festividades, regalos-amigo invisible)

- Buzón de quejas y sugerencias: buzón para que el personal pueda realizar sus quejas y sugerencias de forma anónima. Las quejas son analizadas y posteriormente se presentan y se da respuesta en las reuniones trimestrales de equipo.

Tras este trabajo, en 2012 se realiza una nueva evaluación de satisfacción de profesionales. En la tabla 7.A.1. se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los ítems del cuestionario, reflejados en una escala de valoración del 1 al 10 sobre un total de 31 cuestionarios cumplimentados.

Tabla 7.A.2
EVOLUCIÓN DE RESULTADOS DE
SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES 2003-2012

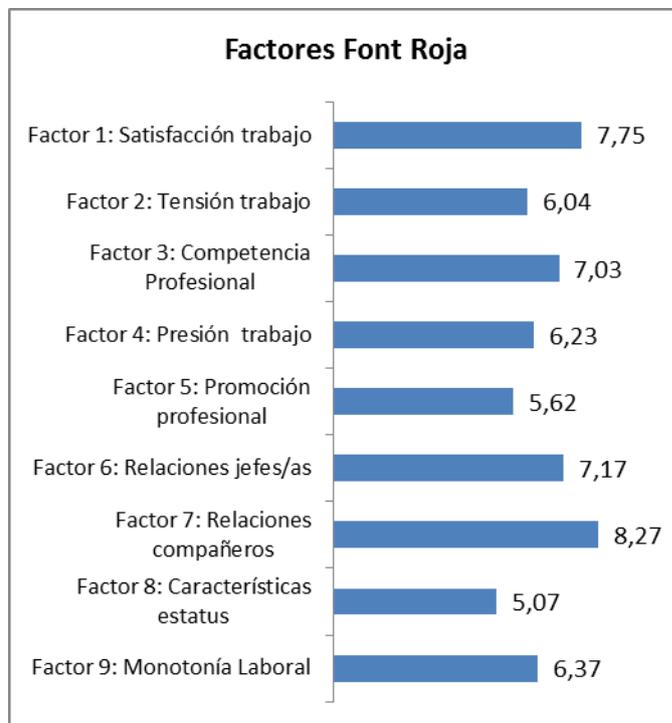


Índice de respuesta = 70,45 %

Tabla 7.A.1		
RESPUESTAS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES AÑO 2012		
Tema de la Pregunta	Media	Desv. Típica
1- Variación del trabajo diario en la Unidad	7,07	2,01
2- Responsabilidad en el trabajo en la Unidad	8,13	1,57
3- Cansancio al final de una jornada laboral	4,87	1,71
4- Con frecuencia pienso en el trabajo fuera del centro	4,73	2,43
5- No necesito emplear toda mi energía para realizar mi trabajo	7,4	1,97
6- Mi trabajo no perturba mi salud, ánimo o sueño	5,07	1,94
7- Me encuentro muy satisfecho en mi trabajo	7,03	1,89
8- Independencia para organizar mi trabajo	6,67	1,84
9- Oportunidades para hacer cosas nuevas	6,33	2,23
10- Interés por las cosas que realizo en mi trabajo	8,8	1,44
11- Sensación de que lo que hago vale la pena	8,33	1,67
12- El reconocimiento que recibo por mi trabajo es reconfortante	6	2,13
13- La relación con mi/s Jefe/s-as es muy cordial	7,45	1,76
14- Las relaciones con mis compañeros son muy cordiales	8,27	1,55
15- El sueldo es muy adecuado	4,27	0,69
16- Mi trabajo es adecuado a mi formación y capacidad	6,87	1,79
17- Oportunidades de promoción profesional	4,53	1,38
18- Tiempo para realizar mi trabajo	5,87	2,22
19- Se lo que se espera de mi por parte de mis Jefes/as	6,9	1,81
20- Mi trabajo es excesivo, no doy abasto con lo que hay que hacer	6,6	1,75
21- Los problemas personales de mis compañeros me suelen afectar	5,67	1,82
22- Sensación de estar capacitado para mi trabajo	8,53	1,38
23- Disponibilidad de recursos suficientes para realizar mi trabajo bien	6,07	2,17
24- La competitividad en mi trabajo me causa estrés o tensión	6,62	2,57

Al comparar los resultados obtenidos en este estudio con los resultados obtenidos en estudios previos se observa que la puntuación global de satisfacción (calculada a partir de la media de las 24 preguntas del cuestionario) fue de 6,71 en el año 2003, de 6,63 en el año 2005, de 7 en el año 2007 y de 7.01 en el 2010. La siguiente tabla presenta la evolución de las puntuaciones de las dimensiones de satisfacción en estos tres estudios:

Gráfico: Puntaciones media por dimensión de satisfacción. Font Roja 2012.



La mejora de resultados en la satisfacción del personal se considera un logro positivo del Servicio. Las puntuaciones relativas a competencia profesional se mantienen a lo largo del tiempo. Hay aspectos que no dependen directamente del Servicio, como la presión de trabajo, las dificultades de promoción profesional o la tensión relacionada con el desempeño del trabajo que pueden tener que ver con la mayor carga de trabajo y mayor gravedad de los casos detectada en los últimos años como se ha señalado antes. Estos resultados, lejos de dar por concluido el proceso, suponen un estímulo para seguir trabajando en esta línea.

Una de las acciones que se propuso el equipo de satisfacción fue la de comparar los resultados con las 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 de evaluación que no son comparables al Cuestionario Font Roja. Se ha propuesto también medir no solo la satisfacción de profesionales mediante esta escala validada sino incluir también el clima laboral.

7.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

Para evaluar directamente el impacto en las personas del funcionamiento del Servicio, existen una serie de indicadores que se presentan en dos grandes grupos:

a) **Indicadores de formación y producción científica:** Como ya comentábamos en el criterio 3, la motivación del personal está muy influida por la oportunidad de recibir formación, participar en investigación y realizar publicaciones.

b) **Indicadores de absentismo, rotación y seguridad en el trabajo:**

a) Indicadores de formación y producción científica:

A continuación se presentan los indicadores más relevantes al respecto. Es preciso destacar que en el año 2001 sólo se incluyen los meses de noviembre y diciembre, pues anteriormente no estaba en funcionamiento el Servicio.

- **Asistencia a cursos de formación:** Es considerado un método de aprendizaje y desarrollo profesional que se ofrece a los trabajadores de todas las profesiones.

Tabla 7.B.1

Nº DE CURSOS DE FORMACIÓN RECIBIDOS POR PROFESIÓN													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Psiquiatras</i>	2	4	2	6	7	5	9	10	16	24	25	20	50
<i>Enfermería</i>	4	3	3	17	20	43	40	22	28	27	30	69	36
<i>Trabajo Social</i>	2	1	1	0	1	1	1	3	0	2	5	3	3
<i>Psicología</i>	2	3	3	3	3	2	2	3	7	5	43	68	63
<i>Terapia ocupacional</i>	0	0	0	0	2	4	2	4	3	0	5	1	1

Publicaciones científicas: La realización de publicaciones científicas por parte de los trabajadores repercutirá directamente en el crecimiento profesional de los trabajadores y, a su vez, en la calidad de la asistencia proporcionada a nuestros usuarios.

La cantidad de artículos publicados por un grupo pequeño de profesionales prueba la importancia del sistema de trabajo que ofrece posibilidades de aprendizaje y

crecimiento profesional. Algunos profesionales han escrito también capítulos de libros, reflejados a continuación:

Tabla 7.B.2

Nº TOTAL DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS POR AÑO												
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
7	6	6	6	9	15	17	34	18	13	25	20	56

Tabla 7.B.3

TOTAL DE CAPÍTULO DE LIBRO PUBLICADOS												
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	5	3	3	4	4	3	4	1	4	3	1	7

Comunicaciones o pósters en congresos y jornadas: Las ponencias, comunicaciones y pósters en congresos y jornadas son otro medio de compartir los avances obtenidos en el Servicio, además de servir como forma de aumentar el currículum de los trabajadores. Como hemos

indicado en el criterio 3, se promueve la asistencia a congresos y cursos, y para ello se solicita financiación de distintas fuentes. En la tabla 7.A.5. se muestra el número total de ponencias en cursos y congresos durante estos años.

Tabla 7.B.4

Nº TOTAL DE COMUNICACIONES Y POSTERS EN CONGRESOS													
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
9	48	10	45	53	47	40	38	42	77	114	46	124	

Estas participaciones se han realizado en jornadas locales, nacionales e internacionales. A continuación se muestra una tabla con los datos de

comunicaciones y pósters en congresos y jornadas por las distintas profesiones del Servicio.

Tabla 7.B.5

Nº DE COMUNICACIONES Y POSTERS POR PROFESION													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Psiquiatría</i>	8	37	7	43	47	37	28	27	31	48	66	44	75
<i>Enfermería</i>	1	2	1	2	4	2	3	2	2	7	13	2	2
<i>Trabajo Social</i>	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Psicología</i>	0	6	0	0	1	6	9	8	8	22	34	7	46
<i>Terapia ocupacional</i>	0	1	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	1

Docencia: En el Servicio se ha impartido un curso de doctorado con el título “Psiquiatría Infanto-Juvenil” dentro del programa de neurociencias de la Universidad Complutense de Madrid, dirigido por el Jefe de Servicio y en el que han participado algunos integrantes del Servicio. 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, 6 alumnos de Medicina han realizado el trabajo de investigación de fin sexto de medicina en el Servicio. El curso 2013-14 se imparte por primera vez la asignatura de psiquiatría del niño y del adolescente del Máster Interuniversitario de Introducción a la Investigación en Salud Mental. Este Máster, coordinado por el CIBERSAM, del que el Jefe de Servicio es Director Científico, ha contado con 15 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, que quedan recogidos a continuación:

Tabla 7.B.6.

Nº TOTAL DE CURSOS IMPARTIDOS POR PROFESION													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Psiquiatras</i>	7	10	10	15	17	7	14	9	10	23	38	11	34
<i>Enfermería</i>	4	3	3	10	3	6	6	6	6	7	4	2	3
<i>Trabajo Social</i>	2	1	0	0	0	1	1	3	1	2	0	0	0
<i>Psicología</i>	1	1	4	3	3	0	0	1	4	14	14	17	33
<i>Terapia ocupacional</i>	7	10	10	15	17	1	1	0	1	1	1	0	0

Además de las ponencias y cursos impartidos en programas realizados por otras organizaciones, se han organizado varios cursos en la Unidad, sobre diversos aspectos de psiquiatría de adolescentes. Todos los años se ha realizado al menos un curso de temas específicos de patología psiquiátrica en adolescentes que han sido considerados muy relevantes en la Comunidad de Madrid. Se han organizado además cursos de verano de la Universidad Complutense en El Escorial desde hace 3 años.

Algunos profesionales participan también como coordinadores de cursos realizados fuera del Servicio, como es el caso de la Trabajadora Social que ha coordinado cinco cursos sobre trabajo social e intervención familiar en estos años.

Desde el año 2007, una de las psiquiatras del Servicio es tutora de Residentes, lo que supone una alta implicación con todos los recursos del área, comisión de docencia, organización de rotaciones y organización y supervisión de las actividades docentes, un día a la semana. Desde el año 2009 una de las psicólogas del Servicio es también Tutor de los PIR.

Desde el curso 2004/2005, los psiquiatras del Servicio actúan como tutores de prácticas de estudiantes de psicología, que acuden 3 días a la semana a observar el trabajo en el Servicio.

b) Indicadores de absentismo, rotación y seguridad en el trabajo:

Inicialmente la recogida de estos datos de rendimiento de los trabajadores (rotación de personal, conflictividad, bajas, absentismo etc.) se hacía de forma conjunta para todo el Departamento de Psiquiatría y, por lo tanto, no era posible analizar los datos del Servicio de forma independiente. En el año 2003 se comienzan a recoger datos exclusivos del Servicio, lo que es en sí mismo una clara mejora de la gestión de este aspecto en el Servicio.

Índice de traslados voluntarios: entendido como el nº de profesionales que solicitan voluntariamente irse de la Sección a otra unidad del hospital.

Tabla 7.B.7.

NUMERO DE TRASLADOS VOLUNTARIOS										
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0	0	1	1	1	2	0	3	0	2	0

- Tasa accidente de trabajo:

Tabla 7.B.8										
TASA ACCIDENTE DE TRABAJO										
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
10,00%	10,00%	5,00%	2,09%	0,90%	2,60%	3,40%	4,76%	10,00%	21,42 %	5%

- Días de baja por accidente laboral: entendido como nº total de días de baja de todos los trabajadores como consecuencia de un incidente ocurrido durante el desempeño de su trabajo. Debido a 2 ingresos de larga duración de pacientes con importantes trastorno de conducta y discapacidad intelectual en 2012, los días de baja por accidente laboral se han visto aumentados en 2012 y 2013.

Tabla 7.B.9.										
DIAS DE BAJA POR ACCIDENTE LABORAL										
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2	4	12	0	6	58	75	9	4	98	73

- Tasa de absentismo y enfermedad: Tras el gran aumento de esta tasa en 2012 y 2013, debido a tres largas bajas por enfermedad, se ha vuelto a estabilizar.

Tabla 7.B.10.										
TASA DE ABSENTISMO Y ENFERMEDAD										
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
4,00%	5,10%	22%	13,20%	12,00%	59,40%	38,60%	31,20%	17,08%	2,43 %	7,32%

- Tasa de sustitución de personal de baja: entendido como nº de días de bajas de personal que son sustituidos / nº total de días de bajas de personal. La gestión de la tasa de sustitución del personal de baja no depende del Servicio y, por motivos de gestión del hospital, es menor en el último año.

Tabla 7.B.11.										
TASA DE SUSTITUCIÓN DEL PERSONAL DE BAJA										
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%	64,61%	71,40%	55,40%	74,21%	39,61 %	0

**CRITERIO 8.
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

INTRODUCCIÓN

Entendemos que el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al formar parte de un hospital público, estar dedicado al tratamiento de la salud mental de niños y de adolescentes, y haberse constituido en estos últimos años en referente nacional e internacional, tiene el obligado compromiso moral y social de colaborar en la formación de la sociedad general en el conocimiento de la salud mental de la población infanto-juvenil. Aumentando el conocimiento de este tipo de patología por parte de la sociedad general se disminuiría la estigmatización de nuestros pacientes y se facilitaría su posterior reintegración en la sociedad, ayudando a asimilar cada vez más las enfermedades mentales a las patologías somáticas y consolidando la salud mental dentro de la atención especializada. Con esta difusión pública de información se pretende también disociar el trastorno mental de la agresividad y enseñar que los problemas sociales no tienen por qué estar asociados con enfermedades mentales. Al mismo tiempo, al ser un Servicio pionero en la hospitalización de pacientes de psiquiatría infanto-juvenil, existe un compromiso social de ayudar a la creación de otras Unidades para el tratamiento de esta población, a la formación de profesionales del sector y a colaborar con las instituciones que lo precisen. El apoyo social que se lleva a cabo en el Servicio se puede resumir en las siguientes líneas de acción:

- a) Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación.
- b) Difusión de información en la página web del Servicio.
- c) Colaboración en el desarrollo de otros Servicios similares.
- d) Colaboración como expertos en gestión de psiquiatría infanto-juvenil.
- e) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.
- f) Colaboración con las organizaciones, ONGs, Fundaciones, etc..
- g) Colaboración con Sociedades Científicas.
- h) Colaboración con la comunidad científica.
- i) Colaboración en la formación de profesionales.
- j) Respeto al medio ambiente.

8.A. MEDIDAS DE PERCEPCIÓN

a) Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación:

Un claro ejemplo de la repercusión social que ha tenido el Servicio lo encontramos en su aparición en los medios de comunicación. Los más de 500 impactos periodísticos en medios escritos o de TV que ha tenido el Servicio en menos de diez años (noviembre de 2000 a diciembre 2013) 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 259.000 entradas en la web con noticias relacionadas.

Aunque no se dispone de datos objetivos de percepción sobre la satisfacción que tiene la sociedad con el desempeño del Servicio, podemos deducir su satisfacción de la constante demanda para que se sigan realizando comunicaciones públicas y aún más, para que éstas vayan en aumento. La credibilidad ganada por los profesionales del Servicio con su trabajo diario, ha producido una demanda informativa periódica de los profesionales de la información sobre cualquier aspecto relacionado con los problemas psiquiátricos en los adolescentes, más allá de que dichos problemas fueran privativos del propio Servicio. En este sentido hemos trabajado estrechamente con el equipo del gabinete de prensa de este hospital. Se han realizado incluso programas de televisión monográficos con el responsable del Servicio sobre psiquiatría infanto-juvenil y han aparecido de forma repetida en telediarios nacionales varios de los trabajadores del Servicio. Los programas en los que aparecen los profesionales del Servicio son programas de seriedad reconocida como Informe Semanal o Documentos TV o la Revista del Parlamento de la Comisión Europea. Además el Jefe de Servicio está elaborando para la Comisión Europea 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 que

tuvo lugar en octubre han acudido los principales medios de prensa (El País, ABC, El Mundo, Diario Médico)

b) Difusión de información en la página web del Servicio y mediante correo electrónico:

En la página web del Servicio, además de la información disponible para nuestros clientes (pacientes y sus familiares), como muestra del compromiso social del Servicio se proporciona información a otros grupos sociales:

Información orientada a otros profesionales: Ante la cantidad de peticiones de información que se reciben de profesionales de otros centros, conscientes de nuestro liderazgo en el sector, y como muestra de nuestro compromiso con la sociedad y con las sociedades científicas, hemos trabajado en compartir prácticas y conocimientos en Internet. El Servicio, a través de la Web www.ua.hggm.es que funciona desde el año 2003, comparte todos sus instrumentos asistenciales y de gestión con otras organizaciones que puedan necesitarlos. La página Web dispone de información sobre cómo contactar con el Servicio, las formas de ingresos, funcionamiento interno, programas específicos, productividad, plan estratégico, memoria de calidad, etc.

Información orientada a la sociedad en general: Con el objetivo de proporcionar información útil no sólo para los clientes del Servicio sino para toda la comunidad, en la Web se proporciona información general sobre patología mental y sobre recursos disponibles.

Además de la información proporcionada en la Web 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. Estas peticiones de información son respondidas por profesionales del Servicio en un plazo inferior a una semana.

En estos momentos no se dispone de datos objetivos de percepción sobre la utilidad de esta información, pero cabría pensar que es positiva ya que el número de visitas a la Web ha ido aumentando a lo largo de los años al igual que las solicitudes de información por correo electrónico, hasta el punto de contratar a una persona para que actualice y revise la página Web de forma continua desde el año 2005. Además

trabajadores del Servicio colaboran en otras páginas web que diseminan conocimiento sobre la salud mental en niños y adolescentes (www.fundacionaliciakoplowitz.org, www.elisabethornano.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.madrid, www.optimistrial.eu, www.eu-gei.eu) Desde hace dos años se colabora también en la página web que el diario

c) Colaboración con el desarrollo de otros Servicios similares.

El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se ha convertido en un claro referente para otras unidades similares tanto en la Comunidad de Madrid y otras comunidades, como a nivel internacional. Prueba de ello es la cantidad de peticiones de información que recibe de otros centros solicitando documentación (protocolos, consentimientos informados, métodos de gestión, normas de la Unidad, etc.). Hemos contestado a todas las peticiones de información recibidas enviando la información o documentación solicitada, así como asistido a las distintas CCAA 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 sus programas han sido publicadas en revistas internacionales y citadas por profesionales de más de veinte países.

La iniciativa de proporcionar la documentación de gestión del Servicio en la Web, de hecho, fue un intento de colaborar de forma global con estos y otros centros que pudieran necesitarlo. No se ha realizado ninguna recogida directa de la percepción de estas colaboraciones, aunque sí se reciben constantes agradecimientos directamente de los centros que reciben la ayuda y nuevas solicitudes de colaboración.

d) Colaboración como expertos en gestión en psiquiatría infanto-juvenil.

Desde el Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se ha contado con la opinión de distintos profesionales del Servicio para todo lo relacionado con gestión y funcionamiento de salud

mental Infanto –Juvenil. 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 niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid, II Plan de Atención Social a la Infancia en la CAM, etc. El Plan de Salud Mental 2010-2014 ha recibido aportaciones de varios profesionales del Servicio, reconociéndose en el mismo varios de los programas del Servicio como prioritarios. Desde el año 2008 el Servicio ha sido 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 de asistencia sanitaria, desde la puesta en marcha del programa AMI-TEA se ha invitado a los profesionales del mismo a presentarlo en varias Comunidades Autónomas. Varios de los profesionales del Servicio son asesores de las Agencias Española y Europea del medicamento donde asesoran sobre aspectos relacionados con la farmacología en esta población. El jefe de Servicio asesora al Ministerio de Sanidad como miembro de la Comisión Promotora de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Es también asesor de la Comisión Europea a través del Consejo Europeo del Cerebro, del que es el único miembro español. 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 en el año 2014 el libro blanco de la Psiquiatría del niño y del adolescente en España y el informe INESME sobre la salud mental en nuestro país.

e) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.

La cantidad de investigaciones y publicaciones científicas (ver datos en el criterio 7.A.) realizadas en el Servicio es un ejemplo claro de la repercusión del mismo en la sociedad científica y en la difusión del conocimiento hacia la sociedad. Muchas de estas investigaciones han dado lugar a guías clínicas y terapéuticas que mejoran la asistencia que reciben los pacientes con patologías mentales. Otro aspecto de relevancia es el de innovación del Servicio y cómo esto se traslada a mejoras asistenciales de la sociedad. Un ejemplo claro de esto ha sido la creación de una Unidad de Atención Médica Integral (AMI-TEA), como consecuencia de la solicitud de asociaciones de familiares de una necesidad no cubierta: el tratamiento médico de calidad a personas con trastornos del espectro

autista. Esta Unidad es pionera en España y ya hemos sido invitados a presentarla en varias Comunidades Autónomas para exportar a las mismas la idea.

La creación de la Cátedra de Psiquiatría infantil FAK-UCM de la que es Director el jefe de Servicio pretende aumentar el conocimiento clínico por lo que organiza desde hace tres años cursos de verano en Escorial sobre aspectos relevantes en esta materia. Se organizan también sesiones clínicas acreditadas por la Consejería para todos los profesionales de la Comunidad de Madrid y no menos de tres curso más anuales acreditados con el objetivo de mejorar la difusión del conocimiento en el ámbito clínico.

f) Colaboración con organizaciones, ONG, Fundaciones, 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. Algunos ejemplos de colaboraciones realizadas:

Ante la petición de profesores de colegios de realizar actividades de formación en salud mental infanto-juvenil, los profesionales del Servicio han realizado actividades de formación a dichos colectivos.

Hemos realizado las páginas informativas sobre patología mental en menores de la Fundación Alicia Koplowitz (www.fundacionaliacoplowitz.org) y la Fundación Elisabeth d'Ornano (www.elisabethornano.org).

Por otra parte, hemos llegado a un acuerdo con el Ayuntamiento de Madrid para que la ONG “Save the Children” lleve a cabo programas especiales, dependiendo de la época del año (verano, Navidades, curso escolar, etc.) con los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización del Servicio. Se tienen reuniones periódicas con la responsable del programa de atención hospitalaria de esta ONG para coordinar su actuación con los distintos profesionales dentro de la unidad, en especial con enfermería y terapeutas ocupacionales. Se ha llegado a convenios similares recientemente con otras asociaciones de magia y de arteterapia.

Trabajadores de CURARTE vienen a la Unidad de Hospitalización una vez a la semana, realizando

actividades relacionadas con el arte, incrementando su actividad durante los períodos vacacionales.

Colaboramos también con asociaciones de pacientes del espectro autista en programas específicos destinados a mejorar la atención médica de esta población. Por ejemplo, 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, que ha tenido lugar en las instalaciones del programa AMI-TEA y en el que ha colaborado la enfermería de dicho programa. Otra colaboración reciente es 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. Además escribimos en medios de difusión de varias asociaciones de familiares (AMAFE, AETAPI, FEAFES, ...).

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

8.B. INDICADORES DE RENDIMIENTO

Asociación Española de Profesionales de Autismo, European College of Neuropsychopharmacology, International Society for Schizophrenia Research, etc. De hecho, algunos profesionales no solo forman parte de dichos comités ejecutivos si no que son sus Secretarios o Presidentes.

h) **Colaboración con la comunidad científica.**

El Servicio ha tenido una productividad creciente con los años y en la actualidad casi publica 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). Además 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 de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ha recibido o los responsables de las Unidades de Hospitalización de Adolescentes de Sevilla, Valladolid, Bilbao, Ciudad Real o San Sebastián. Además, los profesionales del programa AMI-TEA han colaborado desde el año 2009 como docentes en la formación continuada de médicos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

j) **Respeto al medio ambiente.**

El compromiso del Servicio con el medio ambiente se refleja principalmente en la gestión de residuos, que se lleva a cabo según la normativa vigente de regulación en materia de residuos sanitarios. A raíz de la evaluación del año 2007 se pusieron carteles en los despachos para recordar que se apagaran los ordenadores cuando no estaban en uso para disminuir el gasto de energía. Además contamos con reciclaje de papel y de pilas. El Hospital ha recibido recientemente el certificado del Sistema de Gestión Ambiental, según la ISO 14001. En 2014 ha conseguido también la acreditación de bronce, concedida por la Red de Hospitales sin Humo, por el compromiso de impedir fumar en todo el recinto del hospital incluyendo las circulaciones interiores.

Para anticipar el impacto social del Servicio sobre la percepción en la sociedad, tenemos una serie de indicadores que evalúan, mediante datos objetivos, las actividades llevadas a cabo en el terreno social.

a) **Difusión de información relevante para la comunidad mediante apariciones en los medios de comunicación:**

A continuación se presentan los números de apariciones de los profesionales en medios de comunicación registrados por el gabinete de prensa del Hospital. Algunas apariciones de los profesionales en medios de comunicación no son solicitadas mediante el gabinete de prensa, por lo que el número real de apariciones es superior al registrado.

Es preciso destacar que estas apariciones han sido en medios de comunicación muy variados, de

alcance tanto comunitario como nacional e internacional, como por ejemplo TVE, Tele5, El País, ABC, El Mundo, la cadena Ser, la cadena COPE, Madrid Diario, agencia de comunicación Efe, Europa Press y la Revista del Parlamento Europeo. Un programa de TVE sobre autismo grabado en gran parte en el hospital con profesionales del Servicio ha merecido un galardón.

b) Difusión de información en la página web del Servicio y mediante correo electrónico:

La utilidad de la información que se proporciona tanto a los clientes del Servicio como a profesionales y a la sociedad en general a través de la página web queda reflejada en el aumento de su utilización. Desde su inauguración en 2013 (con una media de 1.500 visitas mensuales) hasta la actualidad (contabilizándose 16.472 visitas en el primer trimestre de 2014) el aumento de las visitas ha sido exponencial.

Tabla 8.B.1.

Nº DE APARICIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN														
	2000	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<i>Diarios regionales</i>	5	2	-	3	2	1	-	3	24	2	1	4	6	1
<i>Diarios nacionales</i>	11	13	11	1	4	7	8	12	50	35	38	55	44	57
<i>Radios regionales</i>	4	-	-	-	1	3	-	-	-	1	3	0	0	1
<i>Radios nacionales</i>	12	-	-	-	1	1	-	2	2	2	5	6	2	5
<i>Televisión regional</i>	2	-	-	-	-	-	1	1	4	4	3	0	0	2
<i>Televisión nacional</i>	3	-	1	2	4	2	1	7	1	6	2	3	7	5
TOTAL	37	15	12	6	12	14	10	25	81	50	52	68	59	71

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 Sección por el webmaster, aquél los contesta directamente o refiere al responsable del área sobre la que se haga la pregunta (ej.: rotación de residentes en el Servicio).

c) Difusión de conocimiento en el ámbito clínico.

Se recoge información de varios indicadores de resultados en este sentido. La información detallada está incluida en el apartado 7.B.

d) Colaboración en la formación de profesionales.

Para evaluar los resultados de las actividades dirigidas a la formación de profesionales se recogen datos sobre la solicitud de plazas de rotación y los acuerdos establecidos con distintas organizaciones para facilitar la formación de estos profesionales en esta especialidad. En cuanto a los profesionales que rotan, la siguiente tabla (8.B.3) muestra el número de profesionales que han sido formados en la Servicio y evidencia un progresivo aumento del número anual.

Tabla 8.B.3

Nº DE PROFESIONALES QUE HAN ROTADO EN EL SERVICIO														
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
7	8	11	12	13	13	11	17	6	21	10	18	17	33	

Estos profesionales provienen de sitios tan diversos como de Reino Unido, Holanda, Alemania, Venezuela, Colombia, Italia, Uruguay y de casi todas las Comunidades Autónomas de España.

Se ha establecido un número máximo de 5 residentes (anteriormente era de 3) en psiquiatría haciendo su rotación a la vez, para asegurarnos que se cubren las necesidades formativas de estos

residentes. Debemos recordar que el número de adjuntos con responsabilidad clínica es de 10 (sin contar al Jefe de Servicio). Ello ha obligado a que en los últimos años hayamos tenido que rechazar peticiones de rotaciones de residentes por estar los cupos cubiertos con mucha antelación.

Además, se realiza el esfuerzo de establecer acuerdos con distintas organizaciones para mejorar la formación de los profesionales de esta especialidad. A continuación se indican algunos de los acuerdos llevados a cabo:

Tabla 8.B.4

ACUERDOS CON INSTITUCIONES PARA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ESTA ESPECIALIDAD

Institución	Tipo de acuerdo	Año
<i>Universidad de Santiago de Compostela</i>	Impartir y coordinar docencia a través de cursos de doctorado	2003
<i>University of Maryland</i>	Convenio para la rotación de personal en formación (residentes y becarios de investigación)	2003
<i>Fundación Alicia Koplowitz</i>	Los <i>fellows</i> especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente becados por esta fundación se incorporan al hospital como psiquiatras durante 6 meses a su retorno de EEUU o el Reino Unido	2005-2014
<i>Hospital Bellevue. Nueva York</i>	Intercambio y colaboración en docencia, investigación y rotación de residentes	2005
<i>Fundación Marcelino Botín</i>	Supervisión de actividades educativas del programa SEL (<i>Socio Emocional Learning</i>) implantado en Cantabria	2006
<i>Fundación ASOMEGA</i>	Rotación psiquiatras de Sudamérica por el Servicio	2007
<i>Fundación CURARTE</i>	Realización de mejoras	2005-2014
<i>Fundación de Psiquiatría y Salud Mental</i>	Rotación psiquiatras de Sudamérica por el Servicio	2010
<i>Hospital Rodriguez Lafora</i>	Unidad Docente Multiprofesional	2011
<i>Hospital de la Princesa</i>	Unidad Docente Multiprofesional	2012
<i>Fundación Esther Koplowitz-FCC</i>	Acondicionamiento de terraza para Unidad de Hospitalización	2013
<i>Sociedad de Pediatría Madrileña/ Fundación Amigos de los Museos</i>	Talleres en Unidad de Hospitalización de Adolescentes con el Museo Romántico y el Museo del Traje	2012
<i>Fundación Abracadabra</i>	Talleres de Magia en Unidad de Hospitalización de Adolescentes	2013
<i>Fundación Nfoque</i>	Arteterapia en Unidad de Hospitalización de Adolescentes	2013
<i>Facultad de Bellas Artes</i>	Arteterapia en contexto de prácticas de Máster en Bellas Artes	2014
<i>Fundación Música en vena</i>	Talleres de Música en Unidad de Hospitalización de Adolescentes	2014
<i>Cuerpo Nacional de Policía</i>	Talleres sobre uso seguro de Internet y nuevas tecnologías	2011-2014
<i>Máster Interuniversitario en Investigación en Salud Mental</i>	Impartir y coordinar docencia online y prácticas presenciales en Psiquiatría del Niño y del Adolescente	2013-2014
<i>Save the Children</i>	Talleres lúdicos y de manualidades en Unidad de Hospitalización de Adolescentes	2006-2012

e) Respecto al medio ambiente.

Como iniciativa para ser respetuosos con el medio ambiente, en el Servicio se lleva a cabo el reciclaje de pilas, papel y de material orgánico. Los desechables infecciosos se tratan también de acuerdo con la normativo vigente. El Hospital ha recibido recientemente el certificado del Sistema de Gestión Ambiental, según la ISO 14001.

f) Reconocimientos:

La difusión del trabajo llevado a cabo en el Servicio ha sido objeto de varios 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 Profesional Sanitario de la Federación Autismo Madrid a José Romo (gestor de casos AMI-TEA). Año 2014.

**CRITERIO 9.
RESULTADOS CLAVE**

9.A. RESULTADOS DEL RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

Los resultados clave de rendimiento de la organización se evalúan principalmente mediante el cumplimiento de los objetivos del plan estratégico, aunque hay también otros indicadores no pactados que se evalúan periódicamente. Para presentar los

resultados se sigue el mismo esquema que para el pacto de objetivos: a) Cantidad-Actividad e integración con el área; b) Calidad de asistencia, c) Docencia, d) Investigación

a) Resultados en cantidad- actividad e integración con el área:

Tabla 9.A.1			
OBJETIVOS DE ACTIVIDAD PACTADOS AÑO 2013			
Objetivo	Pactado	Obtenido	
Servicio médico	<i>Pacientes ingresados</i>	270	374
	<i>Estancias(días)</i>	4.000	5.418
	<i>Estancia media (días)</i>	15,5	14,49
	<i>Sesiones docentes con el Área</i>	10	18
	<i>Aumentar la cobertura de unidosis en farmacia</i>	2 plantas IPMQ	1
	<i>Establecer protocolos conjuntos de planes de cuidados con el Área</i>	5 protocolos	5

b) Resultados en calidad de la asistencia:

Tabla 9.A.2		
OBJETIVOS DE CALIDAD PACTADOS 2013		
Objetivo	Pactado	Obtenido
<i>Reclamaciones / 1000 UPAS de producción</i>	< 5	1
<i>Mejora de Registros de Enfermería</i>	80% de las Unidades de Enfermería	0,8
<i>Implantación de "Recomendaciones de Enfermería al Alta"</i>	80% de las Unidades de Enfermería	1
<i>Conseguir que cada trabajador de la división de Atención Sanitaria acuda por lo menos a 20 horas anuales de formación reglada</i>	20 horas/trabajador	Ver criterio 7
<i>Informe de alta médica con medicación de acuerdo con la Guía Fármaco terapéutica del Área</i>	100% de los informes emitidos en los últimos 2 meses del año	1
<i>% de Retención de Historias Clínicas</i>	% de retención < 15 días después de alta	0

c) Resultados en docencia:

Tabla 9.A.3		
OBJETIVOS DE DOCENCIA PACTADOS AÑO 2013		
Objetivo:	Pactado	Obtenido
<i>Nº Sesiones clínicas al mes</i>	2	4
<i>Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas</i>	2	2
<i>Participación en sesiones clínicas generales (nº)</i>	5	5
<i>Docencia de Pregrado: asignatura</i>	1 (Psiquiatría)	2
<i>Nº cursos organización /participación en programas de doctorado o Máster</i>	1/3	1/3
<i>Nº cursos de formación continua en la CAM</i>	12	Ver 7.A

d) Resultados en investigación:

Siendo la investigación en psiquiatría infanto-juvenil uno de los objetivos básicos del Servicio, los resultados obtenidos en esta área son considerados resultados clave.

Los resultados en investigación se evalúan principalmente por el volumen de investigación que se ha llevado a cabo. El

volumen de investigación desarrollada por un grupo pequeño de profesionales es realmente significativo, y se ve reflejado tanto en los datos de producción científica y financiación para la investigación como en el tipo de investigaciones que se realizan. A continuación se indican los resultados de producción científica respecto al resto del hospital:

Tabla 9.A.4								
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA								
	2001 -02	2003 -04	2005-06	2007-08	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
<i>Posición dl Servicio en la memoria de investigación del hospital</i>	10	7	7	4	3	3	3	2

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. Para realizar proyectos de investigación, se solicitan becas de investigación como las 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. A continuación se presenta financiación obtenida:

Tabla 9.A.5 (1)

FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN							
Proyecto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Premio Pfizer		3.000,00 €					
Asoc.Madr		3.000,00 €					
Becas FIS y Proyectos Europeos	60.749,00 €	63.825,00 €	92.000,00 €	27.489,00 €	253.218,50 €	151.541,67 €	286.154,33 €
CIBERSAM							3.360,00 €
NARSAD			41.694,00 €	20.847,00 €	20.847,00 €		
Astra-Zeneca			24.118,00 €				
Fundación Alicia Koplowitz			100.000,00 €	50.000,00 €	99.639,00 €		37.500,00 €
RETICS					182.000,00 €		
Comunidad de Madrid			6.934,00 €		21.200,00 €		
Mutua Madrileña					34.970,00 €	19.323,00 €	26.673,00 €
Agencia Española del medicamento				40.000,00 €			
E.C. Janssen					8.320,00 €		10.698,00 €
TOTAL	60.749,00 €	69.825,00 €	264.746,00 €	138.336,00 €	620.194,50 €	170.864,67 €	364.385,33 €

Tabla 9.A.5 (2)

FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN				
Proyecto	2010	2011	2012	2013
Becas FIS y Proyectos Europeos	4.215.964,83 €	261.380,00 €	2.912.170,45 €	998.319,00 €
UE	273.366,31 €	526.115,64 €		
MSPSI	532.418,00 €			
CIBERSAM	11.421,54 €	97.271,79 €	44.500,00 €	
Fundació Marató	49.289,00 €	48.660,00 €	48.660,22 €	
Fundación Alicia Koplowitz	37.500,00 €	37.475,00 €	87.186,50 €	96.044,00 €
Comunidad de Madrid			156.400,00 €	
Mutua Madrileña	26.673,00 €	14.700,00 €	11.025,00 €	
E.C. Janssen	28.698,00 €	8.800,00 €	8.800,00 €	
Otsuka		17.600,00 €		
F.Horrmann-La Roche		49.847,35 €	76.664,00 €	
TOTAL	5.175.330,68 €	1.061.849,78 €	3.345.406,17 €	1.094.363,00 €

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.

En 2003 se recibió una beca del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad) para la creación de una Red Temática de

grupos de investigación en Psicosis de inicio en la infancia y adolescencia. En esta red temática englobaba a 11 grupos de investigación y más de 60 investigadores de distintas comunidades autónomas y el Servicio (entonces Unidad de Adolescentes) actuaba como nodo coordinador. El coordinador de la red, la única en psiquiatría infanto-juvenil del país, era el actual Jefe de Servicio. En el año 2007 se creó la Red de Enfermedades

Mentales por parte del Ministerio de Sanidad, que englobaba a 17 grupos de investigación y más de 150 investigadores de distintas comunidades autónomas.. El Jefe de Servicio fue nombrado coordinador de dicha Red. En enero de 2008 el Ministerio de Sanidad (aunque posteriormente pasa a depender del Ministerio de Ciencia e Innovación), crea el Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), que articula la investigación en Salud mental en el país y tiene un presupuesto anual aproximado de 4 millones de euros. Este centro, con entidad jurídica propia, engloba a 26 grupos de investigación y tiene más de 400 investigadores de ocho comunidades autónomas. El Jefe de Servicio ha sido nombrado Director Científico del mismo, lo que supone que él y la Secretaria Adjunta a la Dirección Científica trabajan en las dependencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón bajo su dirección. Recientemente el CIBERSAM ha recibido la acreditación ISO-9001. En los últimos años 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 y dos más están en fase de solicitud. Somos el grupo de investigación de la Comunidad de Madrid con un mayor número de proyectos europeos.

Entre los temas de estas investigaciones podemos destacar los primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia, los efectos cerebrales de las drogas, estudios de imagen médica molecular y multimodalidad, factores neurobiológicos en los trastornos del espectro autista, ensayos clínicos sobre psicoterapias y fármacos, identificación de factores genéticos implicados en la susceptibilidad y en la respuesta farmacológica de las enfermedades mentales. Varios de estos proyectos se han llevado a cabo en redes de investigación, siendo el Servicio el coordinador en la mayoría de los casos. Es importante destacar 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.

Los objetivos de investigación pactados con el Hospital para el año 2013 y los resultados obtenidos se incluyen en la siguiente tabla:

Tabla 9.A.6		
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN PACTADOS AÑO 2013		
Objetivo	Pactado	Obtenido
<i>Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (nº)</i>	4	35
<i>Convenios de investigación con empresas privadas (nº)</i>	3	12
<i>Ensayos clínicos / año</i>	3	8
<i>Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año</i>	20	43
<i>Publicaciones / año</i>	10	35
<i>Comunicaciones científicas / año</i>	10	16
<i>Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas</i>	2	2

9.B. INDICADORES CLAVE DEL RENDIMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN

Algunos de los indicadores evaluados son el número de estancias, el índice de ocupación y la estancia media. Observando estos indicadores se aprecia una disminución importante en la estancia media (a excepción del año 2007), incrementándose los últimos años el número de estancias anuales.

Tabla 9.B.1

DATOS ESTANCIAS													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Nº de estancias</i>	3.698	4.295	4.166	3.941	3.345	4.510	3.565	3.406	4.558	4.509	4.447	4.421	5.418
<i>Estancia media</i>	17,36	16,15	14,83	13,51	13,7	14,74	12,42	11,95	13,61	12,74	11,49	15,11	14,49
<i>Índice de ocupación</i>	0,507	0,593	0,569	0,538	0,55	0,617	0,488	0,465	0,624	0,618	0,609	0,62	0,83

Los datos de ingreso y sus tipos se monitorizan periódicamente para conocer la carga asistencial del Servicio. Como puede comprobarse en la tabla hay un aumento significativo en el número de ingresos en los últimos años.

Tabla 9.B.2					
NÚMERO DE INGRESOS POR TIPO					
		Urgentes	Programados	Traslados	Total ingresos
2001	Nº	158	51	4	213
	%	74,18	23,94	1,88	
2002	Nº	205	54	7	266
	%	77,07	20,3	2,63	
2003	Nº	224	48	9	281
	%	79,71	17,08	3,20	
2004	Nº	218	63	9	290
	%	75,17	21,72	3,10	
2005	Nº	190	81	8	279
	%	68,10	29,03	2,87	
2006	Nº	224	70	12	306
	%	73,20	22,88	3,92	
2007	Nº	207	73	7	287
	%	72,12	25,43	2,43	
2008	Nº	197	83	5	285
	%	69,12	29,12	1,75	
2009	Nº	232	98	5	335
	%	69,25	29,25	1,49	
2010	Nº	246	99	9	354
	%	69,49	27,97	2,54	
2011	Nº	306	73	8	387
	%	79,07	18,86	2,07	
2012	Nº	246	72	9	327
	%	75,23	22,01	2,75	
2013	Nº	280	83	11	374
	%	74,87	22,19	2,94	

Uno de los indicadores de calidad es el número de reingresos. Se evalúan varios indicadores de reingresos, según el tiempo transcurrido desde que el paciente se dio de 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 tanto positiva como negativamente los últimos años, manteniéndose bastante estables en su globalidad.

Tabla 9.B.3

REINGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ALTA													
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 1 día	1	0	0	0	1	1	2	0	0	3	4	0	1
<2 días	2	3	2	1	5	5	8	4	5	4	4	4	4
<7 días	4	9	6	7	14	13	17	9	17	15	16	8	20
<30 días	14	30	22	30	37	32	30	22	36	38	47	31	40
> 30 días	21	35	35	36	35	33	36	27	35	69	86	67	86
<i>Urg. = CDM en < 1 día</i>	1	0	0	0	0	1	2	0	0	3	4	0	1
<i>Urg. = CDM en ≤ 30 días</i>	12	21	20	27	24	29	27	17	22	30	-	24	36
Total altas	55	98	83	101	116	114	122	79	115	162	157	110	187

Tabla 9.B.4

PORCENTAJE DE INGRESOS POR TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ALTA													
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
< 1 día	0,49	0	0	0	0,36	0,34	0,7	0	0	0,84	0,77	0	0,26
<2 días	0,98	1,15	0,73	0,35	2,1,81	1,69	2,79	1,42	1,52	1,3	0,72	1,2	1,07
< 7 días	1,95	3,46	2,18	2,44	5,05	4,41	5,92	3,19	5,15	4,24	4,13	2,45	5,35
<30 días	6,83	11,54	8	10,45	13,36	10,85	11,15	7,8	10,91	10,73	12,14	9,48	10,69
> 30 días	10,24	13,46	12,73	12,54	12,64	11,19	12,54	9,57	10,61	19,49	22,72	20,49	22,99
<i>Urg. = CDM en < 1 día</i>	0,49	0	0	0	0	0,34	0,7	0	0	0,85	0,77	0,30	0,27
<i>Urg. = CDM en ≤ 30 días</i>	5,85	8,08	7,27	9,41	8,66	9,83	9,41	6,03	6,67	8,47	-	7,33	9,62

El número de diagnósticos codificados al alta es un indicador de calidad de la documentación clínica. El objetivo es tener tantos diagnósticos codificados como sean necesarios. A lo largo de los años ha aumentado el porcentaje de pacientes con varios diagnósticos. Ninguno de los años un

paciente ha sido dado de alta sin diagnóstico. El porcentaje de pacientes con un solo diagnóstico ha disminuido de forma progresiva, mientras que el porcentaje de pacientes con más de 5 diagnósticos, que indica una mayor complejidad del caso, ha aumentado de forma gradual.

Estos datos quedan reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 9.B.5 (1)										
NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA										
Nº diag	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	70	58	55	48	38	65	65	60	79	53
2	59	53	59	72	69	61	63	69	66	71
3	36	50	52	54	52	48	48	50	60	64
4	21	35	50	51	46	50	46	32	48	58
5	8	31	27	22	28	31	28	34	27	30
>5	11	33	32	40	44	40	37	37	50	71
Total	426	609	719	618	678	926	881	926	1.089	1.302

Tabla 9.B.5 (2)													
MEDIA DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA													
Años	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Media de Diagnósticos</i>	2	2,28	2,55	2,13	2,43	3,02	3,06	3,24	3,25	3,67	-	3,92	4,85

*A partir del año 2011 la forma de codificación cambia y sólo tenemos datos a partir de 2012

Los datos de archivo de historias clínicas 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 9.B.6													
ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS													
Días	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Altas</i>	210	240	276	287	207	295	287	283	330	347	382	318	366
<i>Historias entregadas al archivo</i>	205	223	275	286	207	295	286	283	330	347	382	318	366
<i>Historias retenidas en el Servicio</i>	5	17	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Demora media en entrega</i>	18	17	7	8	8	10	11	12	16	24	11	10	0
<i>Porcentaje de retención</i>	0,024	0,071	0,004	0,004	0	0	0,004	0	0	0	0	0	0

Se evalúan el número de **intentos de suicidio** como un indicador de calidad. Durante los más de trece años de funcionamiento de la Unidad no ha habido ningún suicidio ni ningún intento de suicidio grave, 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.

En el año 2003 se comienzan a registrar el número de **contenciones mecánicas** que se llevan a cabo mensualmente.

Tabla 9.B.7

CONTENCIONES MECÁNICAS											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Nº de eventos</i>	70	75	52	110	108	122	92	110	138	202	306
<i>Nº de pacientes</i>	-	-	-	68	50	46	66	64	60	75	80

Por último en las consultas externas del Servicio se contabilizan distintos evaluadores como el número de pacientes atendidos, revisiones, nuevo, ratio nuevos/revisiones, lista de espera. Como puede comprobarse en estos últimos años se ha incrementado sustancialmente el número

de pacientes atendidos con un aumento muy notable del número de casos nuevos atendidos, que es casi 20 veces superior al del año 2008. Ha disminuido también el índice de nuevos y revisiones lo que es otro parámetro de calidad.

Tabla 9.B.8

CONSULTAS EXTERNAS						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Pacientes atendidos</i>	1.169	2.229	4.010	6.363	10.262	13.887
<i>Pacientes nuevos</i>	133	362	565	783	1.202	2.267
<i>Revisiones</i>	1.036	1.867	3.445	5.580	9.060	11.620
<i>Ind. Rev/nuevo</i>	7,79	5,16	6,09	7,12	7,54	5,13
<i>Lista de espera</i>	8	23	44	33	60	90
<i>Demora máxima</i>	38	34	20	34	120	180

Por ser una unidad específica con tratamiento individual a nivel del Servicio

de Admisión, para el programa AMI-TEA realizamos una contabilidad independiente.

Actividad clínica realizada en el AMI-TEA en el 2013

Durante el 2013, se realizaron un total de 2287 visitas psiquiátricas resultando en una media mensual 190 visitas. Un total de 732 pacientes diferentes han recibido atención psiquiátrica durante el 2013; de éstos, 221 como hemos comentado anteriormente, acudían por primera vez al programa. El

resto, 511 pacientes, se habían incorporado durante los dos primeros años. La distribución de la actividad anual de la consulta del AMI-TEA teniendo en cuenta las visitas de pacientes nuevos y visitas de revisión puede verse en el siguiente gráfico.

