



MEMORIA SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Memoria EFQM 2018

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

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

Contenido

INFORMACIÓN CLAVE	1
Criterio 1. LIDERAZGO.....	7
Criterio 2. ESTRATEGIA.....	12
Criterio 3. PERSONAS.....	16
Criterio 4. ALIANZAS Y RECURSOS	21
Criterio 5. PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS	25
INTRODUCCIÓN A LOS RESULTADOS	32
6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES	32
7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS.....	38
8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD.....	42
9. RESULTADOS CLAVE.....	46
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	51

INFORMACIÓN CLAVE

INFORMACIÓN CLAVE

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

Sector: Sanidad Pública (atención a salud mental). **Número de empleados:** 107

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

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

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

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

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

MISIÓN

Proporcionar al usuario una atención sanitaria completa y adecuada a sus necesidades, garantizando que la asistencia sea correcta y se lleve a cabo con un funcionamiento eficiente de los recursos.

Desarrollar investigación y proporcionar docencia de excelencia que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, sus familiares y la sociedad.

Promover el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.

CLIENTES Y SERVICIOS- El ámbito a quien proporcionamos nuestros servicios es la CM. Nuestros clientes son niños y adolescentes hasta los 17 años inclusive (con excepción de algunas patologías como el autismo, síndromes genéticos como 22q11 o Prader Willi y el programa de psiquiatría perinatal en el que se atiende a personas de otras edades) y sus familiares y tutores. Prestamos servicios a distintos sectores de población de la CM según los programas que se detallan a continuación.

Nuestra actividad se puede dividir en tres bloques:

1. **Actividad asistencial:** El Servicio presta asistencia a 4 niveles:

a- *Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UADO)*, que cubre la hospitalización de adolescentes con problemas de salud mental derivados desde 23 hospitales generales de la CM, con una población de referencia de 4.070.643 habitantes. La UADO presta servicios a jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Como unidad de hospitalización breve, la actividad principal se caracteriza por la evaluación, la intervención en crisis y la estabilización de pacientes agudos. Su objetivo fundamental es estabilizar al paciente y derivarlo a recursos extrahospitalarios donde continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial. La Unidad de hospitalización es una unidad cerrada, ubicada en la primera planta del pabellón de psiquiatría. Cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una habitación de seguridad, espacios comunes y una terraza para actividades terapéuticas, de ocio y deportivas. Se cuenta además con otras 2 habitaciones individuales en el Hospital Materno Infantil.

b- *PRISMA*: programa intensivo de salud mental para adolescentes en régimen de hospitalización parcial

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

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

d.1-Atención ambulatoria general a niños y adolescentes de la población de referencia de la CM atendida por el HGUGM, que incluye los habitantes de los distritos de Retiro, Moratalaz y Vicálvaro (212.747 habitantes, 55.235 menores de 18 años). La posibilidad de libre elección de médico en la CM ha supuesto que las peticiones de asistencia psiquiátrica ambulatoria en el Servicio se hayan triplicado en los últimos años. Se atiende cualquier patología mental en niños y adolescentes mediante evaluación, tratamiento, y recomendaciones y atención a familiares a través de un equipo multidisciplinar en Centro de Salud Mental en coordinación con la asistencia educativa y social.

d.2- Programas específicos para personas con patologías mentales específicas, la mayoría de referencia para toda la CM, lo que supone una población de referencia de 6.454.000 habitantes. Proporcionan atención especializada y multidisciplinar por expertos en las distintas patologías atendidas apoyándose en la estructura de un gran hospital. Se trata de programas pioneros, desarrollados como respuesta a necesidades asistenciales que difícilmente podrían cubrirse en otro tipo de dispositivos, que en muchos casos atienden a pacientes que no estaban incluidos previamente en la atención sanitaria pública. Los programas específicos son:

-AMITEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista), un recurso para toda la CM que atiende las necesidades médicas de personas con trastorno del espectro autista (TEA) de cualquier edad. En la actualidad, este programa atiende a más de 2.200 personas con autismo.

-ATRAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia): para menores con problemas de personalidad y riesgo suicida.

-UMERP (Unidad de menores en riesgo psíquico); para menores tutelados con problemas de salud mental.

-PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente): para adolescentes con psicosis y sus familias.

-Neuropsiquiatría y Neuropsicología: para menores con problemas de salud mental y comorbilidad con patología neurológica.

- Genética y salud mental: para atención a problemas de salud mental de personas con patologías genéticas (síndrome 22q11, Prader-Willi, Phelan McDermid, etc.)

-NARSUI: para atención urgente e intensiva al riesgo suicida.

- Programa menor infractor: para menores con medidas judiciales.

- ATIENDE-niños: para menores víctimas de violencia

- Programa de Diagnóstico complejo de Trastornos del espectro del autismo: para diagnóstico de autismo, lo que ha sido identificado por la Consejería de Sanidad de la CM como una necesidad no cubierta.

2. Actividad docente- Como Servicio integrado en un hospital universitario se desarrolla 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 *Máster de Introducción a la Investigación en Salud Mental* o el *Máster de Neurociencias*. Para potenciar el aspecto docente, el Servicio tiene convenios con distintas Universidades Nacionales e internacionales como la Universidad de Maryland o la Universidad de California-San Francisco (ambas en EEUU) (tabla A.4 del Anexo). Profesionales del Servicio presiden y son vocales en la Comisión de creación del itinerario formativo de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente a nivel nacional.

3. Actividad investigadora- Se trata de una actividad fundamental del Servicio, desarrollada con financiación externa (no dependiente del HGUGM ni de la CM) obtenida al presentar proyectos de investigación en convocatorias competitivas nacionales e internacionales. Los distintos trabajadores del Servicio realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional. En poco más de quince años, el Servicio se ha convertido en referente internacional en varias patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar de inicio temprano y el autismo. Desde el Servicio se ha coordinado y dirigido el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, (CIBERSAM) financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, que integra a 24 centros y más de 400 investigadores. En estos momentos se coordina el Programa de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del CIBERSAM, el programa de Neurociencias y Salud Mental del Instituto de Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) y la Red Europea de Neuropsicofarmacología del Niño y el Adolescente (ECAPN). Profesionales del Servicio presiden las organizaciones profesionales más prestigiosas, como el European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) o la Sociedad Española del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Se participa y coordinan más de 10 proyectos europeos con una captación de fondos competitivos superior al millón y medio de euros anuales.

PERSONAL- De los 4 profesionales que iniciaron el trabajo en la Unidad de Hospitalización de Adolescentes, se ha pasado en poco más de 15 años a un numeroso equipo multidisciplinar. En 2018, para la *actividad asistencial y docente* el Servicio cuenta con 79 profesionales: 26 psiquiatras y psicólogos (incluyendo al Jefe de Servicio y la Jefa de Sección), una supervisora de enfermería, 24 diplomados en enfermería y 22 auxiliares de enfermería, 3 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupacionales, 4 profesores de Educación Secundaria (dos de ámbito científico y dos de ámbito lingüístico) y 3 administrativos. De estos profesionales, uno es Catedrático, diez son profesores asociados de psiquiatría o psicología (2 de ellos acreditados como Titular) y más de veinte son profesores colaboradores. Para la *actividad investigadora* se ha conseguido financiación externa al hospital que ha permitido la contratación a través de la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón (FIBHGM) de 31 investigadores: 6 psiquiatras, 15 psicólogos, 2 expertos en neuroimagen, 1 técnico de laboratorio, 2 data manager, 3 diplomados de enfermería y 2 administrativos. El 100% de estos

profesionales con dedicación a investigación están contratados con financiación propia del Servicio conseguida en convocatorias competitivas. Además, varios de los profesionales que se dedican a labores asistenciales y docentes participan también activamente en proyectos de investigación.

Competidores clave- Dentro del Sistema Nacional de Salud, nuestros competidores clave son todos aquellos Servicios que proporcionan asistencia en aspectos relacionados con la Salud Mental a niños y adolescentes. Dentro de ellos, los Servicios de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Clinic i Provincial de Barcelona y del Hospital Niño Jesús de Madrid, por su especial posicionamiento de liderazgo a nivel nacional, han sido los que hemos tomado como modelo de comparación en los aspectos disponibles para ello. Se aportan en esta memoria las comparaciones disponibles. Las diferencias en sistemas de salud en otros países (sanidad privada, modelos de gestión alejados del nuestro) no hacen factible la comparación con Servicios de reconocido prestigio a nivel internacional. En relación a la investigación, al estar incluidos en la Red Nacional de Investigación (CIBER) y en el Instituto de Investigación del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) tenemos posibilidades de comparación con servicios similares al nuestro, tanto de psiquiatría como de otras especialidades dentro de la medicina. A nivel de docencia, en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) se ha generalizado recientemente la utilización del sistema Docencia, mediante el que los alumnos califican a los profesores titulares de las distintas disciplinas de manera anónima (ver resultados en criterio 6 y 9).

Inversores principales - Las inversiones globales de fondos propios (independientes de los fondos públicos de la Consejería) provienen de varias fuentes y varían de unos años a otros. Las cifras se muestran en la tabla 9.a.4, en el criterio de Resultados Clave. El montante llegó a más de 5 millones de euros en 2010, superando el millón de euros en los cinco últimos años. Para favorecer la comparativa con otros centros, desde hace más de 10 años se financia con fondos propios la visita de profesionales del Servicio a los centros que se consideran como mayores competidores o que tengan buenas prácticas exportables al Servicio.

Tabla 1. HITOS MÁS REPRESENTATIVOS

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

Tabla 2. RUTA HACIA LA EXCELENCIA

2002	Formación a los profesionales en el Modelo EFQM
2003	Primer estudio de satisfacción del personal Elaboración de la primera memoria según el Modelo EFQM. Primera autoevaluación: 208 puntos
2004	Desarrollo del primer plan de mejora de calidad a partir de los resultados de la autoevaluación. Creación de los primeros grupos de mejora de calidad de aspectos específicos Publicación de la primera Carta de Servicios
2005	Elaboración del mapa de procesos de la Sección Segunda autoevaluación: 311 puntos. V Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid , Mención Especial del Jurado.
2006	Premio Pfizer a la Excelencia en Gestión Clínica
2007	Tercera autoevaluación: 406 puntos Nuevos grupos de mejora de calidad
2008	VI Premio de Calidad de los Servicios Públicos de la CM
2009	Premio a la excelencia clínica para los servicios de la Sociedad Española de Psiquiatría
2010	Cuarta autoevaluación , validada oficialmente: 435 puntos Elaboración de un nuevo plan de calidad Publicación de la segunda Carta de Servicios
2011-12	Elaboración del primer plan estratégico de la Sección
2012	Premio Best In Class (BIC) Mejor Área en Esquizofrenia en Atención al Paciente
2013	Premio Lundbeck a la Excelencia en Calidad en SaludMental. Fundación Avedis Donabedian
2014	Premio Best in Class (BIC) al Mejor Servicio de Psiquiatría I Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría I Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) , Dr. Celso Arango, segundo en el ranking nacional de Psiquiatría Forbes, Mejores psiquiatras en España . Dr. Celso Arango primer puesto Premio al Mejor Profesional Sanitario de la Federación Autismo Madrid a José Romo (gestor de casos AMITEA)
2015	Quinta autoevaluación , validada oficialmente: 500-550 puntos Publicación Carta de Servicios del Servicio y de AMITEA Sello 500+EFQM AEVAL y Club de Excelencia en Gestión Premio de la Federación Autismo al H.G.U. Gregorio Marañón II Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría. Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) , Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional Premios Discapnet, Proyecto Doctorea finalista a la mejor iniciativa TIC.
2016	Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL III Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría Premio Enfermería en Desarrollo en Calidad Percibida Premio Iberoamericano de Calidad galardón Oro IV Monitor de Reputación Sanitaria , Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría Índice de Excelencia Hospitalaria , primer Servicio de Psiquiatría a nivel nacional Premio Best in Class (BIC) Mejor Servicio de Psiquiatría
2017	
2018	Sexta autoevaluación: 620 puntos Nueva publicación de las Cartas de Servicios del Servicio y de AMITEA. Premio Avedis Donabedian en Salud Mental y Adicciones.

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

El compromiso con la Mejora Continua de la Calidad ha sido constante entre los profesionales del Servicio. Los múltiples premios recibidos, entre ellos el Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL en 2016 o el primer puesto en el Monitor de Reputación Sanitaria en los últimos 4 años así lo atestiguan. La Tabla 2 incluye los principales hitos de la Ruta hacia la excelencia, incluyendo los principales premios de calidad y al desempeño profesional

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

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

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

Para garantizar que esta estrategia se lleva a la práctica, las líneas estratégicas se concretan en objetivos estratégicos específicos que se despliegan mediante planes de acción operativos que incluyen acciones, responsables, calendario, y sistemas de indicadores para monitorizar su cumplimiento (figura A.5 en el Anexo). El seguimiento de estos planes se realiza en las reuniones trimestrales de gestión.

VISIÓN

Ser un Servicio referente nacional e internacional en asistencia, investigación y docencia en el que los profesionales trabajen de manera eficiente, comprometida y sensible.

GRUPOS DE INTERÉS.

El SEPNA ha contribuido y contribuye constantemente al estudio de las nuevas tendencias, prevalencias y riesgos del sector, información que utiliza para formular sus estrategias. Una parte fundamental de la información proviene de sus grupos de interés. Los grupos de interés están identificados, incluyendo los externos al Servicio (Figura A.3). El Servicio mantiene y mejora una serie de mecanismos sistemáticos de contacto y captación de sus necesidades y expectativas, así como los procesos, prácticas e iniciativas orientadas a dar respuesta y anticiparse a las mismas. Tanto los mecanismos de contacto como los procesos cuentan con conjuntos de indicadores y mediciones cuyos resultados ponen de manifiesto el nivel de excelencia y el grado con que se responde, siendo éstos los elementos clave de evaluación, mejora e innovación. Por ejemplo: en las Cartas de Servicios del Servicio y del Programa AMITEA se incluye el número de contactos anuales con grupos de interés como un indicador de calidad; en el Plan Estratégico 2016-2019, Líneas Estratégicas (LE) 5 y 8, se incluye la elaboración de proyectos conjuntos con grupos de interés como un indicador de calidad. Desde el liderazgo, se impulsa la identificación de oportunidades de establecer alianzas, en una variedad de aspectos de acuerdo con la misión del Servicio.

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

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

Se asegura un tratamiento basado en la evidencia a través de la implantación de guías y protocolos de actuación. Los protocolos consensuados son evaluados por el Comité de Ética Asistencial del Hospital. El ingreso de todos los pacientes, al ser menores, es comunicado al juez. Se asegura una equidad en la carga de trabajo entre los profesionales. Todos los proyectos de investigación son evaluados por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital. Los que involucran medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Se implementan medidas para asegurar que todas las acciones se lleven a cabo en línea con los procesos, protocolos y guías establecidos, lo que se monitoriza en reuniones semanales (figura A.2) en las que se revisan estos temas y se comprueba su ejecución. También se coordinan y lideran guías clínicas y farmacológicas nacionales e internacionales por profesionales del Servicio.

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

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

ESTRUCTURA DE GESTIÓN Y ACTIVIDADES DIRECTIVAS

Las principales reuniones de gestión del SEPNA se detallan en la figura A.2.

Los líderes son el canal de transmisión desde la Dirección a los empleados, tanto de los valores, como de las orientaciones estratégicas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico. Son los responsables de imbuir el espíritu de equipo, propugnar las buenas prácticas y alimentar la disciplina del seguimiento de resultados, la gestión en innovación y mejora continua de los procesos, actividades, herramientas y prácticas, además de promocionar el mecenazgo y conseguir recursos externos. Para favorecer este sistema de trabajo, los líderes promueven la creación y funcionamiento de grupos de trabajo multidisciplinares de trabajadores del Servicio que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del Servicio y del hospital. Estos grupos se detallan en la figura A.7.

VALORES

1. Compromiso, respeto y discreción en el servicio al usuario
2. Mejora continua de procesos
3. Gestión participativa con recursos humanos como principal activo del Servicio
4. Calidad integral como respuesta a las expectativas del usuario
5. Liderar la investigación nacional e internacional en Psiquiatría del Niño y del Adolescente
6. Impartir una docencia de excelencia
7. Sostenibilidad
8. Sensibilidad

Para los trabajadores que se incorporan al Servicio y para los estudiantes, residentes y otros médicos que hacen rotaciones en el SEPNA, se ha definido un *sistema de orientación* por el que uno de los psiquiatras les explica las normas de funcionamiento, los objetivos del Servicio, qué se espera de ellos, etc. Todo se explica en el *Documento de acogida* que se entrega al inicio de la rotación y que está en la página web. Además, en el caso del personal de enfermería, están disponibles los protocolos de actividades por turnos y días y la normativa de funcionamiento interno.

AGENTES FACILITADORES

Criterio 1. LIDERAZGO

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

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

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

La eficacia del modelo de liderazgo establecido en el SEPNA y de cada líder se evalúa a través de diversos mecanismos y en varias vertientes fundamentales: la actitudinal y de comportamiento como reflejo de los valores, la orientación al equipo humano (habilidad para hacer equipo) y la capacidad de gestionar y alcanzar los objetivos establecidos, así como su aportación a la identificación, desarrollo e implantación de mejoras e innovación. Los principales mecanismos de evaluación y revisión de cómo se vive y mejora la cultura de excelencia son: 1) las reuniones de gestión (Figura A.2), que mantienen la comunicación constante y fluida a todos los niveles y que sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión del SEPNA; 2) los resultados de las encuestas de satisfacción, tanto de trabajadores como de clientes y; 3) los resultados que manifiestan el grado en que se cumple la misión del Servicio a través de sus estrategias y procesos clave. A esto añadimos las experiencias de intercambio con otras Organizaciones, las experiencias de los grupos de mejora y las Autoevaluaciones EFQM. Tras la autoevaluación de 2015, se ha incluido como área de mejora la adopción de un sistema de evaluación del liderazgo, tanto para Psiquiatría como para Enfermería (Plan Estratégico 2016-2019). La Coordinadora de Calidad del Servicio ha acudido en 2017 a un curso de formación en evaluación del personal organizado por la Gerencia del hospital en colaboración con el SERMAS, tras el que se está desarrollando ahora el sistema de evaluación de las personas, incluyendo a los líderes, que se ha puesto en marcha en 2018.

Los responsables del Servicio han recibido formación en Modelo EFQM, gestión de RRHH, gestión de procesos, gestión clínica, etc. y promueven activamente la formación de los trabajadores. El Jefe de Servicio participa de forma periódica en la impartición del curso de EFQM que organiza la Dirección General de Calidad de los Servicios de la Consejería de Presidencia, en los que el SEPNA se usa como ejemplo de buenas prácticas. En 2018 se han proyectado 2 nuevas ediciones de este curso para personal de Psiquiatría que se impartirán en el propio hospital. En las reuniones trimestrales de gestión y en las autoevaluaciones se identifican áreas de formación no cubiertas que se financian con fondos propios para todos los profesionales del Servicio.

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

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

que consideramos una muestra de la implicación del personal); 3) en las reuniones trimestrales de gestión se lee siempre el acta anterior para asegurarse de que hay un debido seguimiento de todos los objetivos marcados en la reunión previa.

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

REFERENCIA. TÍTULO	DESCRIPCIÓN	Enlaces y resultados
EVIDENCIAS		
1.a.1 Misión, Visión y Valores	El Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería lideraron en 2003 la definición de la misión, visión y valores del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, contando con la participación de un grupo de profesionales. Se actualizó en las revisiones del plan estratégico, adaptándolos a criterios más ambiciosos. Están incluidos 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.ua.hggm.es).	Info. clave
<i>Página web Carta de Servicios</i>		
1.a.2 El papel del Líder. Liderazgo compartido	El papel de los líderes del Servicio se orienta a muy diversos aspectos, fundamentalmente al equipo humano, a los clientes y a otros grupos de interés externos. En todos estos aspectos el denominador común es el liderazgo compartido , a través de la asunción de responsabilidades de los profesionales, el trabajo en equipo y la comunicación, con un fundamento muy sólido en la ética profesional y los valores del Servicio.	1d.1, 1d.2, 1d.4
<i>Resultados de percepción de clientes y personas.</i>	El liderazgo a través del ejemplo es algo que parte de los líderes, como se aprecia en su implicación activa tanto interna como externa. Pero, de hecho, este liderazgo en valores se hace extensivo a todo el personal del Servicio. La asunción de los valores en la actuación diaria es fundamental en el servicio que se presta a los pacientes y familiares y en las relaciones de colaboración con otras organizaciones del sector. Una de las acciones especialmente valiosas es la de escucha y apoyo a todas las iniciativas que han ido partiendo de los distintos profesionales, para su discusión y aceptación en su caso. Reflejo de ello es todo el conjunto de actividades y acciones de mejora que se resumen en esta memoria.	Figuras A.2, A.7, A8 y A.9 Resultados.: 6a, 7a
1.a.3 Orientación estratégica	La orientación estratégica desde el liderazgo comienza con la implicación de los profesionales del Servicio en el desarrollo de las estrategias, en cada ciclo estratégico, y continua a través de los mecanismos de gestión, coordinación y comunicación establecidos. La información sobre cada uno de los objetivos, planes, responsables y su progreso se presenta, analiza y está disponible.	1a.2, 1a.5, 1b.1, 1b.3, 2d.2
<i>Plan Estratégico Reuniones de gestión Sistema de comunicación</i>	Esta información, además de estar disponible, se transmite proactivamente cuando es necesario; por ejemplo, se entrega a los trabajadores que se incorporan al Servicio (1.a.5). La estrategia también se transmite a otros grupos de interés: el Plan estratégico, las Cartas de Servicios, la Memoria EFQM y otros documentos relevantes de gestión están disponibles en la página web del Servicio accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias, entre otros.	Figuras A.2 y A.5
1.a.4 Apuesta por la excelencia	La apuesta por la excelencia fue una orientación estratégica muy clara promovida por los líderes. En el año 2003, tras dos años de funcionamiento, el Jefe de Servicio se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación con el Modelo EFQM. La implicación del liderazgo en el proyecto es total, siendo el Jefe de Servicio el impulsor y director del proyecto.	
<i>Autoevaluaciones EFQM Mejoras e innovaciones Publicaciones y presentaciones</i>	Con la aplicación del Modelo EFQM, el Servicio se convirtió en pionero dentro del Hospital en la utilización de esta metodología y en una de las primeras experiencias a nivel nacional de aplicación del Modelo en Salud Mental a nivel de una unidad de hospitalización. Fruto de esto, el Servicio cuenta con un histórico muy significativo de mejoras e innovaciones, que se sintetizan en las figuras A.10, A.11 y A.14 entre otras. Así mismo, esta experiencia en el camino hacia la excelencia se ha transmitido a través de publicaciones en revistas nacionales e internacionales y presentado en congresos, habiéndose recibido los más importantes galardones de calidad asistencial (ver figura A.8).	Figuras A.8, A.10, A.11 y A.14
1.a.5 Acogida. Sistema de orientación	Para los trabajadores que se incorporan al Servicio y para los estudiantes y residentes, se ha definido un sistema de orientación por el que un psiquiatra del centro les explica las normas de funcionamiento, los objetivos del Servicio, qué se espera de ellos, etc. Todo se explica en el Documento de acogida que se entrega al inicio de la rotación y que está en la página web. Además, en el caso del personal de enfermería, el equipo de enfermería muestra los protocolos de actividades por turnos y días y la normativa de funcionamiento interno. Se ha realizado también un Protocolo de Coordinación en el que se recogen los distintos aspectos relacionados con la coordinación con dispositivos intra y extra-hospitalarios para el conocimiento de los nuevos profesionales y homogeneizar la práctica clínica en este sentido. El protocolo de Coordinación se revisa periódicamente.	
<i>Sistema de orientación. Dosier informativo para los nuevos residentes. Documento de acogida y Protocolo de coordinación</i>		
1.a.6 Evaluación de la eficacia	La eficacia del liderazgo respecto a su actuación global se mide prácticamente a través de todos los conjuntos de mediciones e indicadores del Servicio y de los mecanismos de autoevaluación y comunicación. En particular, lo relativo a valores y comportamientos personales, se hace a través de la encuesta de personal y encuesta a familiares. En el plan estratégico 16-19 se ha incluido un sistema para el desarrollo de la evaluación del liderazgo.	Resultados: 7a.
<i>Metodologías y resultados</i>		
1.b.1 Planificación. Resultados a alcanzar	La transmisión de la información sobre los objetivos y resultados a alcanzar en cada periodo es crucial para el correcto desempeño de las responsabilidades y las funciones de cada trabajador e imprescindible para la motivación y el buen funcionamiento del Servicio. Dicho conjunto de resultados abarca todos los aspectos del Servicio, fundamentalmente los que inciden en los servicios y establecen las prioridades de actuación y los responsables. Su seguimiento y actualización de	Figura A.5 1b.1, 1b.3 2d.1, 2d.2, 2d.3 Res: todos
<i>Objetivos anuales del PE y las Cartas de servicio.</i>		

Seguimiento del PE	prioridades y es continuo a través de los mecanismos de dirección y gestión explicados en 1b.1 y 1b.3.	
1.b.2 Desarrollo de capacidades	Las capacidades subyacentes del Servicio residen en las habilidades y competencias de sus líderes y de su personal, lo que resulta en una orientación a las buenas prácticas e innovación y a una excelencia en sus servicios. Los enfoques para desarrollar estas características se exponen en este Criterio 1 y en el Criterio 3 y su eficacia se mide a través de los resultados. Ejemplos:	
Programas de formación Proyectos de investigación Publicaciones	Formación de líderes y de trabajadores. Los responsables del Servicio han recibido formación en Modelo EFQM, gestión de RRHH, gestión de procesos, gestión clínica, etc. y promueven activamente la formación de los trabajadores. Se identifican áreas de formación no cubiertas y se financian con fondos propios para todos los profesionales del Servicio. Oportunidades de crecimiento profesional. Como parte del desarrollo, aparte de la formación, los líderes impulsan la oportunidad de participar en actividades de crecimiento profesional como la investigación, la asistencia a congresos y la participación en grupos profesionales, todo ello considerado elemento motivador para los trabajadores. Los Proyectos de investigación cuentan con la participación de gran parte de la plantilla. Se potencian las publicaciones y en ellas participan todos los trabajadores que han formado parte de las investigaciones, aumentando así su currículum profesional e investigador, aparte de ser una importante aportación al sector y a la sociedad.	3b.3, 3b.4, 3b.5, 3b.6, Figuras A. 6, 7, 8 y 9
1.b.3 Sistema de dirección, gestión y seguimiento	La gestión del Servicio se fundamenta en un liderazgo compartido y en un sistema de dirección, gestión y seguimiento fundamentado en el trabajo conjunto y el análisis de indicadores y resultados clave para la toma de decisiones a los niveles necesarios. Este sistema de trabajo proporciona las herramientas para mejorar la gestión de todos los procesos y responder a la estrategia del Servicio centrada en la excelencia.	1a.2, 1a.3, 3c.2
Sistema de dirección, coordinación y revisión de la actuación Revisión trimestral	Participación activa en la Mejora del sistema. Este sistema se complementa con la identificación de oportunidades de mejora y el trabajo en Grupos, en los que participan activamente los líderes. 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 hacen un reparto equitativo de casos entre trabajadores. Esto se comprueba en la revisión trimestral. Más información en 3c.2.	Figuras A.2 y A.7
1.b.4 Transparencia y confianza	La gestión y resultados del Servicio son transparentes hacia sus grupos de interés clave en todos los aspectos: 1) la comunicación con los pacientes y con los familiares, explicada en 5d y 5e, genera la necesaria confianza que necesitan para contribuir por su parte a la eficacia de los mismos; 2) la interacción y participación en los procesos de apoyo del Hospital, incluyendo los económicos, y el cumplimiento de los compromisos y el Contrato programa son la base de la confianza institucional; 3) la participación y aportaciones externas es bien reconocida; 4) la información clave sobre sus estrategias, servicios, programas, cartas de servicios y resultados es pública.	2a.1, 2a.2, 2b.2, 5c.2, 5d, 5e,
Procesos de atención Página web. Cartas de servicios Informes	El Servicio ha contribuido y contribuye constantemente al estudio de las nuevas tendencias, prevalencias y riesgos del sector, información que utiliza para formular sus estrategias (ver 2b.2).	Figura A.13, A.15
1.c.1 Grupos de interés externos. Esquema de relaciones con los G.I	Los grupos de interés están identificados, incluyendo los externos al Servicio (figuras A.3 y A.4 del Anexo). El Servicio mantiene y mejora una serie de mecanismos sistemáticos de contacto y captación de sus necesidades y expectativas, así como los procesos, prácticas e iniciativas orientadas a dar respuesta y anticiparse a las mismas, sobre todo en el caso de los clientes.	2a.1, 4a.1, 5b, 5e
Procesos y registros	Tanto los mecanismos de contacto como los procesos cuentan con conjuntos de indicadores y mediciones cuyos resultados ponen de manifiesto el nivel de excelencia y el grado con que se responde, siendo éstos los elementos clave de la evaluación, mejora e innovación.	Figuras A.3, A.4, A.8 y A.9
1.c.2 Alianzas. Referente y promotor del intercambio	Desde el liderazgo se impulsa la identificación de oportunidades de establecer alianzas en una variedad de aspectos, de acuerdo con la misión del Servicio. En la figura A.3 se posicionan las Alianzas con grupos de interés clave y se comentan detalles, y en la figura A.4 se sintetiza la relación con una serie de aliados clave, acuerdos y sinergias establecidas.	Results.: 6a, 6b, 8a, 8b, 9a, 9b,
Participación externa Acuerdos y actividades	Por otra parte el Servicio es muy proactivo en el desarrollo de iniciativas de contacto e intercambio de experiencias, siendo un referente en el sector (ver figuras A.8 y A.9).	
1.c.3 Representatividad y aportaciones externas	Amplia representatividad externa. Muchos profesionales del Servicio ocupan cargos relevantes en sociedades científicas nacionales e internacionales, Universidades Internacionales, redes europeas, comisiones, consejos y agencias en materia de salud mental del niño y del adolescente, y materias asociadas al sector. La participación y representatividad del Servicio es muy significativa en este sentido.	Figuras A.7 y A.8
Registros de actividad, participación ponencias, publicaciones	Así mismo, es notoria la participación activa en Congresos de la especialidad por personal asistencial de distintas profesiones, principalmente para hacer presentaciones o como parte de mesas de debate. Aportación externa. La implicación de los líderes con los distintos grupos que trabajan con el Servicio queda reflejada en el conjunto de métodos de intercambio de información que el Servicio tiene establecidos con los grupos interesados y/o afectados y otros métodos de relación con los grupos de interés. Los responsables son promotores de este sistema de reuniones y participan activamente.	8a, 8b
1.c.4 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 (3c.2). Todos los proyectos de investigación son evaluados por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital . Los que involucran medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).	1d.1, 1d.2, 3c.2, 5d
Guías y protocolos Comités del Hospital Registros	Se implementan medidas para asegurar que todo esto se lleve a cabo en línea con los procesos, protocolos y guías establecidos, lo que se monitoriza en reuniones semanales en las que se revisan	

	estos temas y se comprueba su ejecución. También se coordinan y lideran guías clínicas y terapéuticas internacionales por profesionales del servicio.	
1.c.5 Cultura de transparencia y confianza. Responsabilidad externa	El Servicio promueve una cultura participativa, de transparencia y confianza de los clientes y otros grupos de interés externos, incluyendo el Hospital, las Instituciones públicas y órganos de gobierno, partners: desarrollado en 1b.4, 5c.2, 5d y 5e. Protección de valores sociales y medio ambiente: desarrollado en 1c.2, 1c.3, 1c.4 y 4c.5.	1b.4, 1c.2, 1c.3, 1c.4, 4c.5. 5c.2, 5d y 5e.
1.d.1 Ética y comportamiento	En 1.a.2 se explica el papel de los líderes que se orienta a muy diversos aspectos entre los que se incluye el equipo humano del Servicio, que contempla las vertientes de comunicación, delegación de responsabilidades, trabajo en equipo, gestión interna, responsabilidad, reparto equitativo de cargas, consecución de objetivos y reconocimiento y gestión del cambio. El liderazgo en valores, ética y comportamiento es asumido por todo el personal como característica propia de la actuación diaria y fundamental en el servicio que se presta a los pacientes y familiares, así como en las relaciones de colaboración con otras organizaciones del sector. Los niveles de satisfacción de los clientes y la opinión de los trabajadores ponen de manifiesto un alto nivel de sensibilidad y profesionalidad de los empleados del Servicio a todos los niveles.	1.a.2, 1.b.1 y 1.b.3. Figura A.2 6a, 7a
<i>Actas de reuniones, Grupos de trabajo, Encuestas a familiares, opinión de las personas</i>		
1.d.2 Delegación, implicación y responsabilidad sobre resultados	Como continuación del apartado anterior, el empoderamiento de la responsabilidad directa de los profesionales en la prestación de unos servicios tan personalizados, así como de la gestión de los procesos (propietarios), son buenos ejemplos de formas y nivel de delegación. La delegación, implicación en la mejora y responsabilidad sobre resultados se desarrollan a través de los mecanismos de planificación, seguimiento, comunicación y gestión conjunta que se explican en la Información Clave.	
<i>Actas, Grupos de trabajo, Opinión de las personas</i>		
1.d.3 Conocimientos y aprendizaje: claves para la excelencia	Todo el personal sabe que la diferenciación, imagen y prestigio del Servicio dependen del nivel de excelencia de sus servicios, y esto a su vez depende fundamentalmente de los conocimientos, capacidades, prácticas y comportamientos de sus líderes y profesionales. Por esta razón, el desarrollo continuo en función de nuevas oportunidades y necesidades atañe a todos. La formación continua y en materia de gestión, tanto para líderes como para profesionales, es un elemento clave (3b.3 y figura A.6). Asimismo, sus planes estratégicos y operativos contemplan las vertientes necesarias para su progreso en excelencia, diferenciación y competitividad sostenida (2c.1, 2c.1, figura. A.5).	2c.1, 2d.1, 3b.3 Figuras A.5 y A.6
<i>Plan de Formación. Plan Estratégico</i>		
1.d.4 Apoyo y reconocimiento a las personas	En el sistema público sanitario actual, el reconocimiento económico a los trabajadores por el buen desempeño está limitado por normativa. Así pues, los líderes se esfuerzan por motivar a los trabajadores mediante el buen trato personal y profesional, la gestión participativa, transmisión de toda la información, equidad en el reparto de cargas y actividades de reconocimiento a la buena labor, consecución de fondos externos (competitivos/mecenazgo) que permiten mejorar espacios, mobiliario, nuevas contrataciones, liberar a profesionales de carga asistencial para que puedan dedicar tiempo a formación e investigación, organizar cursos no cubiertos por la administración, y pagar viajes para que presenten resultados de proyectos clínicos y de investigación del Servicio. Más información en 3e.2.	3c.2, 3d.1, 3e.2 7a
<i>Reconocimientos y opinión de las personas</i>		
1.d.5 Cultura de la creatividad e innovación	Desde los líderes se fomenta una cultura para la generación de nuevas ideas, la creatividad y se establecen mecanismos para que esto cristalice en cambios, innovación y mejoras en todos los aspectos clave. En 3c.2 se describe todo lo relativo a la cultura participativa y sus distintas formas de participación. En la figura A.7 se resume la actividad de grupos de trabajo y en las figuras A.10, A.11 y A.14 ejemplos de mejoras e innovaciones en varios aspectos del Servicio. TICs: www.doctortea.org, consultas de telemedicina, posibilidad de seguir al Servicio en twitter, historia clínica electrónica, pixis para dispensación de medicación, pioneros en uso de nuevos sistemas de contención mecánica, mejoras en seguridad, en el entorno del sistema de trabajo (terraza, salidas de emergencia...), creación de nuevas consultas específicas tras establecer contacto con las necesidades de la sociedad y los pacientes a través de las asociaciones de pacientes y familiares, materiales de los programas específicos y guías para pacientes y familiares disponibles a través de la web, distintas innovaciones terapéuticas (farmacológicas, psicoterapéuticas, crear y validar apps, intervenciones con animales...).	3c.2, 4d, e Figuras A.7, A.10, A.11 y A.14
<i>Cambios e innovaciones</i>		
1.d.6 Igualdad de oportunidades. Apoyo a la diversidad	Desde la Dirección se asegura el cumplimiento de la normativa que contempla, entre otras, las siguientes políticas: <i>Igualdad de oportunidades y no discriminación, Imparcialidad: métodos objetivos de valoración y confidencialidad</i> . La presencia de la mujer es evidente en la plantilla y los órganos de dirección.	3a.5 7b
1e.1 Captación y análisis de fenómenos que motivan el cambio	La estructura del Servicio permite una dirección flexible, participativa, que se adapta con facilidad y eficacia al cambio. En 2a y 2b se indican los mecanismos que permiten analizar los fenómenos internos y externos que pueden motivar la necesidad de cambios en sus estrategias, estructuras y modelos de gestión. Algunos son de índole interna, por ejemplo los relacionados con el desarrollo y la seguridad de los trabajadores, pero la mayor parte proviene del entorno (cambios en el sector, legislativos, sociales, demográficos, económicos, ambientales, políticos y tecnológicos). Los citados mecanismos se centran en identificar, captar y analizar escenarios, y en establecer alternativas y posibles estrategias como respuesta o anticipación. En estas actividades contemplan a los G.I. claves del Servicio y tienen en cuenta la información que proviene de la relación con los mismos. Ver también 2b.2: Estudio comparativo de las CCAA: <i>Libro Blanco de la Psiquiatría del N y el A</i> .	2a, 2b.2, 2c Figura A.3
<i>Informaciones de los grupos de interés. Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente</i>		

<p>1e.2 Procesos de decisión de los cambios</p>	<p>Las estrategias del Servicio y las decisiones de cambios operativos o puntuales se orientan a responder a estos fenómenos y, en muchos casos, a anticiparse a los mismos. Los mecanismos de dirección expuestos en 1.b.1 y 1.b.3, constituyen los foros de análisis, debate y conclusión, para la evaluación conjunta, la detección de oportunidades y los procesos de decisión de los cambios.</p>	
<p><i>Actas de reuniones. Plan Estratégico</i></p>	<p>Dichos procesos de decisión implican a los G.I. clave, en función de su aportación, opiniones y sugerencias, y en la implantación de los cambios e innovaciones desarrolladas en el Servicio.</p>	
<p>1e.3 Desarrollo e implantación y seguimiento</p>	<p>El desarrollo de proyectos y su despliegue, implantación y seguimiento, se realiza sobre todo integrándolos en los objetivos y planes estratégicos y su despliegue, y también de forma puntual en procesos y actividades de gestión. Muchos de los cambios 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). En algunos casos, el Servicio ha sido pionero implantando el cambio como piloto dentro del Hospital.</p>	<p>1.b.1 y 1.b.3 Figura A.5,</p>
<p><i>Proyectos, cambios realizados y documentación de los procesos</i></p>	<p>Cada proyecto cuenta con un líder responsable de su coordinación y con un equipo de despliegue. Cada líder es impulsor del cambio tanto para su posible identificación como para su implantación. Comunicación y formación. Cualquier proyecto de cambio incluye las actividades de comunicación y formación necesarias, tanto de los directamente implicados como de los afectados, para asegurar su desarrollo y sobre todo su despliegue e implantación efectivos.</p>	
<p>1e.4 El cambio en el Servicio</p>	<p>Los cambios desarrollados en los últimos años son de todo tipo: estructurales, de productos y servicios o características de los mismos y del Sistema de Gestión; pero también en las políticas y gestión de las personas, sociales y ambientales, y de los recursos (Tecnologías, Información y Conocimiento, Alianzas). En definitiva, tienen en cuenta todas las dimensiones relativas a <i>Personas, Planeta y Beneficios</i>. Los cambios se describen en los subcriterios correspondientes.</p>	<p>Figuras I.2 y I.3 Figuras A.5, A10, A11, A.14</p>
<p><i>Proyectos y cambios realizados</i></p>	<p>Algunos ejemplos se detallan en la figura A.14 del Anexo.</p>	<p>Res: todos</p>

Criterio 2. ESTRATEGIA

La revisión y actualización de la Estrategia del Servicio es un proceso continuo, aunque con una formulación cuatrienal. La estrategia se refleja en el Plan Estratégico (ver 2.d.) y las Cartas de Servicios (ver 5.c.). Tanto el cumplimiento de las acciones del Plan estratégico como las Cartas de Servicios se monitorizan a corto y medio plazo con una sistemática establecida. Las Cartas de Servicios se han elaborado conforme a las directrices de la Subdirección de Calidad de la Comunidad de Madrid.

A corto plazo, el Jefe de Servicio y la Supervisora de Enfermería se reúnen trimestralmente con el equipo en las reuniones de gestión para revisar el cumplimiento de los objetivos. De manera anual, el Jefe de Servicio se reúne con la Dirección Médica y la Jefa de Enfermería con la Dirección de Enfermería para revisar el grado de cumplimiento de los objetivos anuales y para pactar y firmar los objetivos el año siguiente. Dentro de los grupos de calidad integrados por personas del Servicio, el grupo de Procesos se encarga de supervisar el cumplimiento de indicadores del Plan Estratégico. La evaluación del cumplimiento de los compromisos de las Cartas de Servicios, tanto del Servicio como del Programa AMITEA, se documenta de manera anual en un informe que se envía a la Subdirección General de Calidad y que está disponible en el Portal de transparencia de la CM.

Además, a partir de todos los datos recogidos y analizados se implementan medidas correctoras siempre que sea necesario, sin esperar al ciclo anual de los objetivos firmados con la Dirección o cuatrienal del Plan Estratégico. Por ejemplo, ante la percepción de aumento de casos de violencia en la hospitalización de adolescentes, tiene lugar una sesión de ideas con todos los trabajadores del Servicio que da como resultado la creación de un grupo de trabajo para modificar la forma de trabajo en la UADO.

En función de todo lo aprendido en el proceso de seguimiento y las nuevas informaciones de entrada (ver 2.a.), cada 4 años se hace una revisión completa del Plan Estratégico, priorizando nuevas líneas de actuación que contemplan las vertientes necesarias para su progreso en excelencia, diferenciación y competitividad sostenida. El Plan Estratégico y el conjunto de indicadores de seguimiento de su implantación efectiva incluyen todos los aspectos prioritarios en cada ciclo, relativos a excelencia en los servicios y gestión de los procesos, recursos, clientes, personas, seguridad, sociedad y medio ambiente.

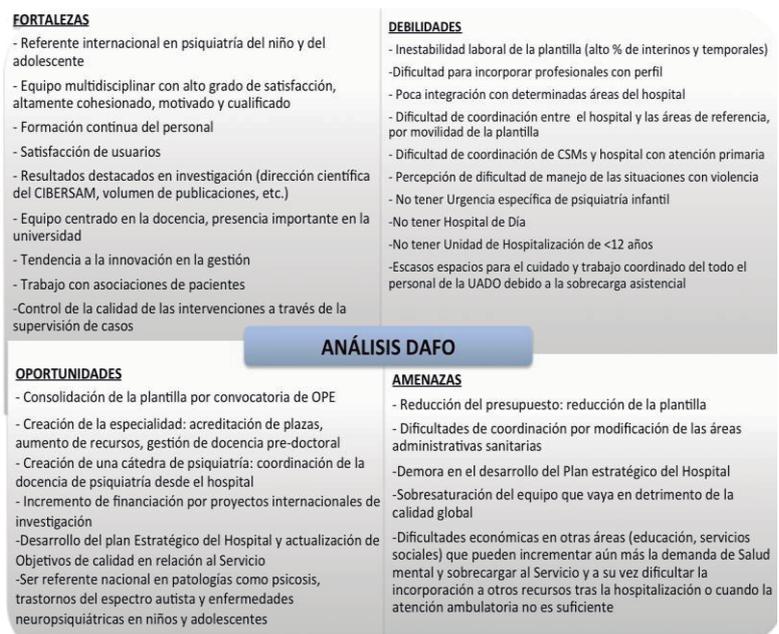
Para la elaboración del Plan Estratégico se ha consensuado con los profesionales del Servicio un análisis DAFO en el que se recogen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del Servicio (figura 2c.1). El resultado de este análisis se considera en el proceso de decisión del Plan Estratégico para establecer y priorizar alternativas y acciones.

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

Los *Factores Clave de Éxito* son:

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

Figura 2c.1, Análisis DAFO



De forma general, los objetivos en los que se materializa la estrategia del Servicio están recogidos en el Plan Estratégico (figura A.5) y se complementan con otros compromisos recogidos en las Cartas de Servicios (ver 5.c.). El Plan Estratégico 2016–2019 se despliega en objetivos, que a su vez se concretan en acciones. Las acciones tienen responsables, fechas e indicadores de evaluación para realizar el seguimiento de su implantación. Las acciones se planifican a lo largo de los cuatro años de vigencia del Plan y se implantan mediante un sistema de procesos (5.a.), desarrollándose en proyectos específicos e integrados en la sistemática de gestión (1.b.).

REFERENCIA. TÍTULO	DESCRIPCIÓN	Enlaces y resultados
EVIDENCIAS		
2.a.1 Grupos de interés: necesidades y expectativas	El Servicio diseñó un Mapa de grupos de interés que sintetiza los G.I. y los canales de información y relación (figura A.3 del Anexo). En función de toda la información que proviene de éstos y sus propias experiencias se conocen las necesidades y expectativas. Algunas de las fuentes provienen de los mecanismos de medición que permiten monitorizar el grado en que se responde a éstas. Este esquema de relaciones se ha ido mejorando en el tiempo y está sometido a actualización en función de los cambios de las fuentes y actividades indicadas. El Servicio además fue pionero en el compromiso con los usuarios mediante la publicación de Cartas de Servicios.	1c.1, 1c.2, 1c.3 Figura A.3
<i>Mapa de Grupos de Interés</i>		
2.a.2 Contrato-programa	Documento que el Servicio firma anualmente con la Dirección del Hospital y que sirve de complemento a las líneas generales de actuación para conformar su Plan estratégico y los planes operativos. Se renueva cada año.	
<i>Contrato-programa</i>		
2.a.3 Análisis del entorno. Nuevas corrientes terapéuticas. Escenarios futuros. Prevención	Se utilizan muchas fuentes 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. Sociales y demográficos: nos los proporcionan periódicamente los organismos correspondientes de la CM. En base a estos datos se toman medidas preventivas basadas en posibles escenarios futuros. Ejemplos: 1) ante el aumento de inmigración se han realizado cursos de formación específica de temas relacionados, enfocados a distintas disciplinas; 2) ante el aumento de enfermedades genéticas varios profesionales se han formado en genética clínica, y dos psiquiatras han realizado un año de formación, con financiación del Ministerio, en uno de los mejores Departamentos del mundo (UCSF, California); 3) ante los datos proporcionados por la Dirección General de Farmacia sobre el incremento del uso de psicótopos en población infanto-juvenil, hemos desarrollado en colaboración guías para el buen uso de estos fármacos en las principales patologías. También participan varios psiquiatras en guías clínicas y terapéuticas de sociedades científicas y autoridades sanitarias. 4) prevalencia creciente debido a aspectos sociales como padres separados, divorciados, denuncias entre ellos y por la custodia de sus hijos, malos tratos, negligencia, etc.: ver 2a.5 Nuevas corrientes terapéuticas. Las publicaciones científicas en revistas, libros, conferencias de congresos, cursos, etc., nos dan información de las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares. Ejemplos: 1) En 2005 detectamos un incremento muy importante en la incidencia y prevalencia de trastornos del espectro autista a nivel mundial, a pesar de que no se conocían los datos en nuestro país. Gracias a nuestra presencia en foros internacionales y asociaciones científicas, pudimos predecir que esto sucedería también aquí y, en contacto con la Federación y Asociaciones de Familiares de Autismo, priorizamos una serie de iniciativas como el programa AMITEA. 2) Financiación de proyectos con fondos europeos: al inicio de la crisis económica, que ha supuesto más de un 30 % de recortes para fondos de investigación a nivel nacional, comenzamos a priorizar los proyectos competitivos a nivel europeo. En los últimos años los fondos europeos para la investigación se han incrementado en un 50 %, y nuestro grupo ha incrementado la financiación para investigación gracias a ellos. La participación externa de los profesionales del Servicio y el intercambio de experiencias es otra fuente muy importante de información para la decisión estratégica y operativa (1c.3, Figuras A.8 y A.9 , y 2b.2 <i>Estudio comparativo con las Comunidades Autónomas</i>)	1c.3, 2a.5, 2b.2 Figuras A.8 y A.9
<i>Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente</i>		
2.a.4 Investigación	La información sobre la investigación se documenta en la Memoria anual del Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón, en la que aparece la producción científica de los distintos Servicios y Unidades del Hospital, así como la Memoria anual del CIBERSAM. Al ser el Jefe de Servicio el coordinador del Área de Neurociencias y Salud Mental del Instituto de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón y el Investigador Principal del grupo G01 del CIBERSAM, él es uno de los encargados de la elaboración y coordinación de las mismas. Se pactan además objetivos de investigación por parte del Servicio con la Dirección del hospital y en la Cartas de Servicios. Financiación de proyectos con fondos europeos: ver 2a.3	1c.3, 2a.3, 2b.2 Figuras A.8 y A.9
<i>Memoria anual de investigación. Memoria anual CIBERSAM</i>		
2.a.5 Identificación de la normativa aplicable	Se ha detectado una importante preocupación por aspectos legales en el desarrollo de la actividad clínica. Aspectos de prevalencia creciente como padres separados, divorciados, denuncias entre ellos y por la custodia de sus hijos, malos tratos, negligencia, etc. hacen que nos enfrentemos cada vez más a problemas legales y acusaciones de denuncia en nuestro quehacer clínico diario. Para prevenir dichas denuncias y poder responder si tienen lugar, se han protocolizado pautas de actuación a nivel de todo el Servicio (ej. mantener el tratamiento de un menor en contra de la voluntad de uno de los padres cuando se estima que la interrupción perjudica al menor), que se están revisando ahora para ser implementadas a nivel del Hospital. Se ha invitado en varias ocasiones a un experto nacional en la materia con el que todo el Servicio ha tenido oportunidad de discutir aspectos que les preocuparan. Con este mismo experto se han consensuado protocolos de actuación ante casos conflictivos como el previamente expuesto.	
<i>Protocolos para prevención y actuación</i>		
2.b.1 Análisis interno. Indicadores de rendimiento y de gestión	El Servicio analiza de forma sistemática un conjunto de indicadores y de resultados relacionados directamente con los procesos de servicio y con la gestión, por ejemplo los provenientes de la explotación de datos de historias clínicas, datos de clientes, de los empleados, económicos, comparaciones con otras unidades hospitalarias, etc. La dinámica de análisis se lleva a cabo sistemáticamente mediante los mecanismos de dirección, coordinación y seguimiento explicados en 1.b.1 y 1.b.3 (Figura A.2). Así mismo, el despliegue del Plan Estratégico contempla una serie de indicadores que permiten monitorizar el grado de	1.b.1, 1.b.3 Figuras A.2 y A.5 Resultados: todos
<i>Indicadores y resultados Despliegue del Plan Estratégico</i>		

	consecución de los objetivos estratégicos (ver Fig. A.5).	
2.b.2 Referencias externas. Estudio comparativo con las Comunidades Autónomas	Referencias externas. La aparición de nuevas patologías y tratamientos innovadores se estudia en las publicaciones y estudios científicos, p.e. en sesiones bibliográficas quincenales a las que acuden también los rotantes en formación y el personal investigador para discutir sobre artículos recientes. 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 organizaciones tanto nacionales como internacionales.	Figuras A.4, A.8 y A.9
<i>Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente</i>	Amplia participación. La participación de los directivos y profesionales en actividades externas se promueve y apoya desde el Servicio ya que tanto la preparación, transmisión e intercambio del material para actividades docentes, ponencias o aportaciones a la investigación, constituyen la experiencia de aprendizaje más efectiva y duradera. La participación es muy significativa (fig. A.8). Coordinación de libros blancos Para una visión más global de la evolución de los trastornos y de los recursos comparativos por CCAA, en un ejercicio de benchmarking coordinado por el Jefe de Servicio, se preparó 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 (disponible en la web del Servicio: www.ua.hggm.es). Se acaba de coordinar también el Libro blanco de intervención temprana en psicosis en España y se está coordinando actualmente el proyecto del Libro blanco de humanización en salud mental .	
2.b.3 Tecnologías	El Servicio utiliza las fuentes mencionadas de intercambio con las referencias externas y otras que provienen de los contactos del Servicio de Informática, para identificar y analizar el impacto potencial de las nuevas tecnologías en los servicios y en el rendimiento de la organización. Muchos de los servicios ofertados se benefician de la innovación y nuevas tecnologías. Ejemplos: 1) Uso de PIXIS para la prescripción electrónica mecanizada que reduce los errores de prescripción (Servicio pionero en psiquiatría en utilizarlo en el Hospital). 2) Historia clínica electrónica , que facilita la comunicación entre profesionales e integra la información de los pacientes (primer Servicio en utilizarlo en el Dpto. de Psiquiatría), (4e.2). 3) Uso de la página web y twitter para informar a los profesionales, pacientes, familiares y sociedad (4e.4). 4) Desarrollo de programas innovadores que son referente internacional (ver 4e.3) Más información y ejemplos en la figura A.11 .	Figura A.11 4d., 4e. 8b
Tecnologías. Innovaciones		
2.b.4 Capacidades propias y de colaboradores	Como parte del desarrollo del Plan Estratégico se analizan las competencias, conocimiento y capacidades de los profesionales del Servicio y la disponibilidad de los mismos como bases de las fortalezas o debilidades del mismo. Así mismo, se tienen en cuenta las relaciones de alianzas y detectan las necesidades para complementar las capacidades del Servicio. Un buen ejemplo es la iniciativa de recabar fondos europeos para reforzar la capacidad dedicada a proyectos de investigación. El Servicio ha realizado publicaciones conjuntas con 258 centros internacionales, , incluyendo los de mayor prestigio a nivel mundial (Harvard, Oxford, Cambridge, Hopkins, UCLA, UCSF, etc.)..	4b.1, 5d.8
<i>Centros internacionales con los que tenemos publicaciones conjuntas</i>		
2.b.5 Evaluación y perfeccionamiento de los sistemas de recogida de información	Anualmente, y muy especialmente al final del periodo estratégico, se realiza una revisión y análisis del conjunto de informaciones e indicadores existentes y de los procesos del sistema de gestión, atendiendo también a las experiencias de ese periodo. La evaluación y revisión se lleva a cabo en función del grado en que la información utilizada en la formulación del plan ha sido necesaria y suficiente para cubrir las necesidades de planificación y los procesos de decisión de la Dirección. Algunos ejemplos de mejora en los últimos años son: <i>preparación del Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, formalización y mejora de los mecanismos de relación con los grupos de interés, innovaciones en tecnología, sistematización de los mecanismos de dirección y seguimiento, captación de tendencias y nuevos escenarios a través de la participación externa, etc.</i>	2a.1, 2a.3, 2a.4, 2b.1, 2b.2, 2b.3
2.c.1 Proceso de revisión y actualización de la estrategia	La revisión y actualización es un proceso continuo, con una nueva formulación trienal. Tanto el cumplimiento de las acciones del Plan estratégico como el Contrato-programa y la Carta de Servicios, se monitorizan a corto y medio plazo con una sistemática establecida. - A corto plazo, el Jefe de Servicio se reúne quincenalmente con los Jefes de los otros Servicios y Secciones de Psiquiatría y la Jefa de Departamento de Enfermería para el seguimiento de los objetivos y planes de acción. - Grupo de procesos se reúne periódicamente para evaluar el cumplimiento de indicadores y el PE. - La evaluación del cumplimiento de los compromisos de la Carta de Servicios se documenta en un informe anual que se publica en el Portal de Transparencia de la CM. - En cuanto a la investigación , se utilizan los datos de acuerdo con lo explicado en 2a.4.	2a, 2b Figura A.5
<i>Registros de seguimiento Actas de reuniones de gestión. Informe de evaluación de las Cartas de Servicio. Memoria anual CIBERSAM Memoria anual de investigación Plan Estratégico</i>	A partir de todos estos datos se implementan medidas siempre que sea necesario, sin esperar al ciclo anual del Contrato Programa o cuatrienal del Plan estratégico. Nueva formulación del Plan estratégico. En función de todo lo aprendido en el proceso de seguimiento y las nuevas informaciones de entrada (2a, 2b), cada tres años se hace una revisión completa del Plan estratégico, priorizando nuevas líneas de actuación. Ámbito El Plan Estratégico y el conjunto de indicadores de seguimiento de su implantación efectiva incluyen todos los aspectos prioritarios en cada ciclo, relativos a excelencia en los servicios y gestión de los procesos, recursos, clientes, personas, seguridad, sociedad y medio ambiente.	
2.c.2 Análisis DAFO	Se ha consensuado con los profesionales del Servicio un análisis DAFO en el que se recogen las debilidades,	

DAFO	amenazas, fortalezas y oportunidades del Servicio. El resultado de este análisis se considera en el proceso de decisión del Plan Estratégico para establecer y priorizar alternativas y acciones.	
2.c.3 Factores Clave de Éxito (FCE)	Formulados como parte del desarrollo del Plan Estratégico, se entienden como prácticas a implantar, o realidades a alcanzar y consolidar para que el Servicio tenga éxito en el cumplimiento de su misión y el progreso hacia su visión. Están relacionados con procesos y prácticas profesionales, de relación con clientes y de gestión, y con los compromisos contraídos en la Carta de Servicios sobre el nivel de calidad de los mismos. También contemplan el Contrato programa.	Introducción Criterio 2
FCE y Plan Estratégico	Se tienen en cuenta para desarrollar las estrategias. Se revisan en cada Plan Estratégico.	
2.c.4 Gestión de los riesgos estratégicos	Los riesgos estratégicos provienen principalmente de los cambios de escenario por causas sociales, demográficas, nuevas tendencias terapéuticas y cambios en la normativa, además de la operativa asistencial. En 2018 se ha iniciado la gestión basada en riesgos, diseñando un mapa de riesgos basado en una matriz de riesgos, siguiendo la metodología de la Unidad de Calidad del Hospital.	2a.3, 2a.5
2.c.5 Participación en el desarrollo del PE	Para desarrollar el Plan Estratégico se convocó a los profesionales del Grupo de Procesos, abriendo la participación a otros profesionales interesados del Servicio. Se realizaron reuniones periódicas en las que se fue desarrollando tras evaluar los resultados de autoevaluaciones previas y las directrices de la Dirección del Hospital. Tras su elaboración, el Plan Estratégico se difundió a los trabajadores del Servicio para recibir aportaciones y se encuentra disponible en la web del Servicio. Se realiza seguimiento periódico del mismo, en las reuniones de procesos y en las trimestrales.	
2.d.1 Despliegue de la estrategia	En la figura A.5 se sintetiza el despliegue de las líneas estratégicas del Plan estratégico 2016-2019 en objetivos y acciones. Cada objetivo tiene un responsable y cada acción tiene responsables, fechas e indicadores de evaluación para realizar el seguimiento de su implantación. Las acciones se planifican a lo largo de los cuatro años de vigencia del Plan estratégico. Se llevan a la práctica mediante el sistema de procesos (5a), desarrollándolos en proyectos específicos e integrados en la sistemática de gestión (1b.1, 1b.3).	1b.1, 1b.3, 2c.1, 5a.1, 5a.2, 5a.3 Figura A.5, Anexo
Plan Estratégico. Despliegue Mapa de procesos	Si como consecuencia de la implantación de alguna acción es necesario realizar cambios en los procesos o protocolos o crear nuevos, estos se desarrollan para responder a las necesidades de implantación del Plan. Se realizan cambios estructurales, organizativos o de infraestructuras, se planifican los presupuestos y se buscan fuentes de financiación y ayudas para reforzar la capacidad del Servicio en cuanto a RRHH de las especialidades requeridas y los recursos físicos o tecnológicos.	
2.d.2 Comunicación de la estrategia	La comunicación de la estrategia a los trabajadores del Servicio se realiza principalmente en las reuniones de gestión y coordinación que se llevan a cabo en los distintos recursos asistenciales (CSM, Infantil y UADO). Se llevan también a cabo reuniones trimestrales del Servicio de las que participan los trabajadores de los tres turnos horarios y en las que se transmiten la estrategia y políticas de forma implícita, los objetivos, y se concretan los planes de acción operativos. Se realizan también reuniones específicas sobre temas concretos.	1a.3, 1a.5, 1.b.1, 1.b.3, 3d.1, 5e.2, 5e.3 Figura A.2
Actas o convocatorias a las reuniones de gestión Página web	Esta información se transmite y entrega a los trabajadores de nueva incorporación. La estrategia también se transmite a otros grupos de interés : el Plan estratégico, la Carta de servicios, la Memoria EFQM y otros documentos están disponibles en la página web del Servicio accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias. Aparte de proporcionar acceso a los documentos citados, la esencia de las estrategias se comunica en la práctica mediante las acciones concretas, sea verbalmente o a través de medios, en el momento de su desarrollo e implantación ya que pueden suponer cambios en las prácticas clínicas o de relación con pacientes, familiares y otros grupos de interés. Recientemente se ha reforzado la comunicación sobre aspectos relevantes del Servicio mediante la incorporación de un servidor de lista donde están incluidos todos los profesionales del Servicio.	
2.d.3 Seguimiento continuo	El seguimiento de las acciones, planes y objetivos se hace de forma continua, a corto y a medio plazo (ver 2c.1). 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.	1a.3, 1a.5, 1.b.1, 1.b.3, 3d.1, 5e.2, 5e.3 Figura A.2
Actas de las reuniones Indicadores de resultados Memorias anuales		

Criterio 3. PERSONAS

La planificación básica de los recursos humanos formaba parte del proyecto de creación del Servicio y se ha ido actualizando de acuerdo con las nuevas necesidades del Servicio. Se elaboró a partir de los ratios propuestos por las sociedades científicas 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. Las necesidades demostradas han servido para ir añadiendo profesionales progresivamente hasta la plantilla actual. 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, fue posible contratar a diez psiquiatras sin que se necesitaran fondos del Hospital. 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. Implica también que actualmente tengamos prácticamente el mismo número de clínicos (psiquiatras, psicólogos) contratados por el Hospital que los conseguidos con fondos externos, lo que es único en nuestro Hospital.

La gestión de personal para todo el Hospital es tarea de la Subdirección de Personal a través de su Servicio de Empleo, Administración y Retribuciones. Por tanto, los procesos de gestión de las personas están sujetos a la legislación y al sistema de contratación del Hospital. La estructura organizativa del Servicio se representa en el organigrama (figura A 1). En los servicios que proporcionamos, el principal activo para cumplir con objetivos orientados a la excelencia reside en el equipo humano. Los elementos más relevantes son: selección, capacidades y competencias, despliegue de objetivos y evaluación, delegación, apoyo a la creatividad e iniciativas de mejora y reconocimiento de logros. La formación continua, considerada un elemento esencial para el buen desempeño de los profesionales sanitarios, es clave para todo ello.

A pesar de la limitada capacidad de actuación, se han implantado medidas innovadoras y creativas en: contratación de nuevos profesionales, desarrollo profesional, reconocimiento de toda la plantilla y sistemas de formación continuada, en muchos casos desarrollados por el Servicio. Se potencia el aprendizaje mediante un programa de formación continua y un sistema de trabajo que favorece el aprendizaje y el intercambio de conocimientos. El desarrollo profesional se compagina con el bienestar mediante estrategias como la equidad de cargas de trabajo, el cuidado de los descansos del personal y la potenciación de la conciliación. Se atiende también a factores propios del trabajo en el Servicio como la seguridad de las personas.

Para valorar los resultados de estos agentes se realizan encuestas de satisfacción de las personas del Servicio (criterio 7a), se recogen sus quejas y sugerencias y se monitorizan indicadores sobre participación de los profesionales en actividades formativas y de investigación. La aplicación del Modelo EFQM de Excelencia y las autoevaluaciones, así como la participación del personal y el trabajo en equipos de mejora, han sido también importantes para mejorar los enfoques de gestión en el área de personas. En este sentido, la implantación del Plan Estratégico anterior (2012-2015) supuso mejoras en una serie de aspectos entre los que destacan la revisión de los procesos asistenciales de los distintos programas específicos o la mejora de la seguridad del personal mediante la utilización de dispositivos de alarma individuales conectados con seguridad del hospital, la creación de salidas de emergencia alternativas y la contratación de celadores.

La gestión de las personas está vinculada a la estrategia del Servicio y a las necesidades derivadas de ella, teniendo en cuenta la estructura y modelo de organización y los puestos de trabajo, conocimientos y competencias derivados de ellas. La planificación de los recursos humanos en los últimos años ha estado centrada en la ampliación de la plantilla para dar respuesta al volumen creciente de actividad docente e investigadora sin perjudicar la calidad asistencial ni sobrecargar al personal. En el PE 2016-2019 se incluye en la LE 10, objetivo 3: *Promoción concurrencia en proyectos de investigación públicos y privados*, que son la principal fuente de financiación del personal del Servicio dedicado a investigación. Este objetivo se ha concretado en dos acciones: 1) Conocer las convocatorias públicas y privadas de ayudas a proyectos de investigación; 2) Incrementar el número de proyectos de investigación financiados que permiten contratar a profesionales con fondos externos. Por otra parte, la LE 6 se centra en mejorar la satisfacción y la seguridad laboral, con tres objetivos 1) *Mejorar la satisfacción laboral*, 2) *Mejorar la seguridad de los trabajadores*, 3) *Espacios para la coordinación y el cuidado*.

REFERENCIA. TÍTULO	DESCRIPCIÓN	Enlaces y resultados
EVIDENCIAS		
3.a.1 Resultados a alcanzar por las personas	Los resultados a alcanzar se establecen como parte del despliegue explicado en 2d.1, con objetivos específicos. En función de éstos, los objetivos se comunican desde la Dirección a todos los empleados, por medio de los mecanismos existentes.	1.b.1, 1.b.3, 1.d.2, 2.d.1, Res.: todos
3.a.2 Gestión de las personas. Alineamiento con estrategias	Vinculación con la estrategia. La gestión de las personas está vinculada a las necesidades del Servicio y por tanto a las estrategias del mismo, en función de puestos de trabajo, conocimientos y competencias, y la estructura y modelo de organización. La planificación de los RRHH en los últimos años ha estado centrada en la ampliación de la plantilla para dar respuesta al volumen creciente de actividad docente e investigadora, sin perjudicar la calidad asistencial ni sobrecargar al personal. Este objetivo se ha concretado en dos acciones: 1) Conocer las convocatorias públicas y privadas de ayudas a proyectos de investigación; 2) Incrementar el número de proyectos de investigación financiados y contratar a profesionales con fondos externos. Por otra parte, la LE 6 se centra en mejorar la satisfacción laboral.	Resto del Criterio 3, Figura A.5 Resultados.: todos
Plan estratégico. Registros de contratación		
3.a.3 Estructura organizativa	La estructura organizativa del Servicio responde a las necesidades de sus G.I. y de sus servicios, y a las derivadas de la implantación de sus estrategias.	Info. clave 1.1 y 1.6

<p>3.a.4 Implicación en las estrategias de RRHH</p>	<p>El personal se implica en el desarrollo de las políticas y planes, principalmente a través del proceso de Planificación Estratégica, de comunicación, de gestión y participación en equipos, y de las encuestas de clima. La voz del trabajador está representada en las negociaciones de los convenios colectivos.</p>	<p>2.c.5, 3c.2</p>
<p><i>Grupos de trabajo</i></p>		
<p>3.a.5 Políticas de selección y contratación.</p>	<p>Los procesos de selección, contratación, ascensos, movilidad, categorías profesionales, remuneración y reconocimientos a los profesionales están sujetos a la legislación aplicable a las AAPP y a los convenios colectivos de personal laboral y funcional de la CM y el Convenio Colectivo de los trabajadores del Hospital. Esta normativa contempla las siguientes políticas: <i>Igualdad de oportunidades y no discriminación, Imparcialidad: métodos objetivos de valoración, y Confidencialidad.</i> La presencia de la mujer es evidente en la plantilla y los órganos de dirección (figura A.1).</p>	<p>1.d.6 7a, 7b Figura A.1</p>
<p><i>Contratación Documentación relativa a RRHH</i></p>	<p>A pesar de las restricciones presupuestarias y la regulación existente, se han implantado medidas innovadoras y creativas en la contratación de nuevos profesionales, su desarrollo y reconocimiento. En aquellos puestos que dependen directamente de la Jefatura de Servicio (ej. Coordinadora de investigación) se aplican criterios de competitividad para la consecución de los mismos. En los últimos 5 años se ha conseguido promocionar a Profesores Asociados a 4 nuevos profesionales del Servicio)</p>	
<p>3.a.6 Evaluación de la satisfacción</p>	<p>Evaluación de la satisfacción de los profesionales. Para contar con la evaluación de los profesionales sobre procesos y políticas de personal y obtener sugerencias sobre cómo adecuarlos más a las expectativas de los trabajadores, el responsable del Servicio promovió en el año 2003 la evaluación de satisfacción que se realiza desde entonces de forma bianual con un mecanismo validado y de forma anónima. En 2006, se introduce <i>“la semana de la queja”</i> en la que los profesionales pueden aportar quejas o sugerencias anónimas durante una semana cada trimestre, con objeto de evaluarlas en la reunión trimestral.</p> <p>En 2018 se realiza, adicionalmente, la encuesta de satisfacción del personal que utiliza el Hospital, con el objetivo de poder compararnos con otros servicios y continuar buscando áreas de mejora. Los resultados se muestran en 7b. Durante la evaluación de competencias de los trabajadores, llevada a cabo por primera vez en 2018, también se evaluó de forma individual la satisfacción de los trabajadores, considerándolo a la hora de diseñar los objetivos de mejora de cada uno.</p>	<p>7a, 7b</p>
<p>3.a.6 Evaluación de la satisfacción</p>		
<p><i>Encuestas de satisfacción Resultados</i></p>		
<p>3.b.1 Descripción de los puestos de trabajo</p>	<p>Se dispone de una descripción de los puestos de trabajo, en que se reflejan las responsabilidades y las funciones de cada uno de los puestos. La descripción de las características de cada puesto se define en Perfiles de puesto lo que permite establecer equipos de trabajo polivalentes en función de las actividades del proceso asistencial.</p>	
<p><i>Perfiles de puesto</i></p>		
<p>3.b.2 Identificación y retención del talento</p>	<p>La gestión del talento entre los empleados del SEPNA se promueve por sus líderes y se lleva a cabo mediante acciones como las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reconocimiento de los resultados obtenidos por los profesionales. 2) Fomento de la promoción laboral. 3) Modelo retributivo equitativo. 4) Financiación de la formación y la participación en investigación, congresos, grupos externos, etc. como una herramienta de reconocimiento del desempeño. 5) Desarrollo y liderazgo por parte de profesionales del Servicio de diferentes programas clínicos específicos (AMITEA, ATraPA, PIENSA o Genética y Salud Mental, entre otros) y de los múltiples proyectos de investigación traslacional y biotecnología que se llevan a cabo en el Servicio (www.ua.hggm.es). 6) El personal de enfermería también ha diseñado y puesto en marcha actividades como grupos de Mindfulness o de prevención de autolesiones para pacientes por parte de enfermería, y ha participado en formación e impartiendo cursos sobre trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de conducta alimentaria (TCA) o contención mecánica. 7) Los clínicos participan en formación a alumnos y residentes, asisten y presentan ponencias en congresos de la especialidad (AEPNYA, ESCAP, etc.), o han participado en la elaboración del Plan de Salud Mental estatal y autonómico, el Plan de Atención Social a la Infancia, múltiples Guías de Tratamiento de la CM y del Ministerio de Sanidad, o publicaciones derivadas de los proyectos de investigación que se desarrollan en el Servicio, entre otros. Además, los profesionales del Servicio están presentes en puestos de relevancia de sociedades científicas europeas y mundiales (ECNP, SIRS, ESCAP), en agencias europeas (EMA), órganos asesores de la Comisión europea (EBC), consejos editoriales de las más prestigiosas revistas internacionales (más de 15), guías clínicas y paneles de expertos de recomendaciones internacionales. 	<p>Resto del Criterio 3 Figuras A.5, A.6, A.7, A.8</p>
<p><i>Ejemplos de programas innovadores. Grupos de trabajo</i></p>		
<p>3.b.3 Adecuación de los conocimientos y competencias a las necesidades</p>	<p>Servicios de formación ofrecidos por la Consejería de Sanidad (CS). Los trabajadores del Servicio, como trabajadores de la Red Sanitaria Única de la CM, tienen acceso a la formación ofrecida por la CS. Además, el Hospital tiene un área de Formación clínica que recibe propuestas de actividades de formación de los profesionales. El Servicio ha propuesto y financiado con fondos propios varios cursos sobre <i>desactivación verbal, defensa personal, risoterapia, atención plena, mindfulness y discusión de casos clínicos.</i></p> <p>Programa propio de formación continuada especializada. La calidad asistencial está directamente relacionada con la competencia del equipo asistencial por lo que, una línea clave de actuación desde el inicio del Servicio es la formación continuada especializada del personal, tanto facilitando la asistencia a formación externa y congresos, como desarrollando actividades propias. La figura A.6 muestra las actividades de formación continuada más relevantes.</p> <p>El inicio de nuevas tareas asistenciales también ha ido acompañado de formación específica. Entre los logros recientes destaca la formación para desarrollar competencias profesionales para implementar nuevos programas, por ejemplo: <i>7 profesionales acreditados en técnicas e instrumentos de diagnóstico de autismo (ADOS, ADI-R) para implantar el programa AMI- TEA, formación en técnicas específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT) para implementar</i></p>	<p>A.6 7.b</p>
<p><i>Servicios de formación de la Consejería de Sanidad Plan de formación continuada</i></p>		

	<p><i>el programa para menores con problemas de personalidad (ATraPA).</i></p> <p>Equidad en el acceso a formación. Para asegurar la equidad en el acceso a formación de todos los profesionales, los días de formación al año son iguales para todos los trabajadores del Servicio, al igual que para los del resto del hospital. El Servicio favorece cualquier iniciativa de los trabajadores dirigida a incrementar su formación, incluyendo en esto estancias fuera del mismo.</p> <p>Participación de los profesionales del Servicio. Algunos profesionales del Servicio han sido coordinadores de varios cursos y los han impartido. Han participado además en múltiples cursos oficiales y de doctorado. Se imparte la asignatura de psiquiatría infantil en el único Máster existente a nivel nacional de Investigación en Salud Mental.</p>	
3.b.4 Congresos	<p>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. Por otra parte, es una vía de aportación de conocimientos e imagen del Hospital y del Servicio por parte de los profesionales del Servicio que coordinan mesas específicas y presentan ponencias.</p>	3c.3 Figuras A.7 y A.8
<i>Asistencias y aportaciones</i>	<p>Se potencia la asistencia utilizando los ingresos de la actividad investigadora del Servicio para sufragar la asistencia a congresos de becarios, personal de enfermería y otros profesionales. Las actividades se sintetizan en la figura A.6 formación y la figura A.8 aportación externa.</p>	
3.b.5 Investigación y docencia	<p>También se promueve y facilita la participación en investigación y docencia del personal asistencial de las distintas disciplinas, como medio de desarrollo profesional y aprendizaje continuo. Los cursos impartidos, publicaciones y presentaciones sirven para monitorizarlo. En los últimos 10 años se ha colaborado y publicado con casi 300 Universidades y Hospitales de todo el mundo.</p>	3c.3 Figuras A.7, A.8 y A.9
<i>Participación y aportaciones</i>	<p>La investigación es uno de los objetivos básicos del Servicio. 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. Participan en proyectos de investigación, profesionales médicos, de la psicología, bioquímica, bibliometría, DUEs, maestros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.</p>	
3.b.6 Sistemas de trabajo que favorecen el aprendizaje	<p>Se han diseñado e implantado sistemas de trabajo que promueven el aprendizaje en el puesto de trabajo. Ejemplos: 1) sistemas rotatorios de médico – DUE, 2) participación del personal de enfermería en las entrevistas clínicas de los psiquiatras, si el caso lo requiere, participa también la trabajadora social, 3) visitas periódicas a centros asistenciales relacionados con la Salud Mental infanto-juvenil de distintas CCAA, 4) relaciones estables con otros Servicios y Departamentos de psiquiatría internacionales con las que se intercambian sistemas de trabajo y a las que pueden asistir los residentes como parte de su rotación.</p>	
<i>Memorias del Servicio</i>		
3.b.7 Evaluación del desempeño y gestión por competencias	<p>En el año 2017, dentro de la estrategia del hospital, alineado con los estándares de la JCI, la Dirección de enfermería establece un sistema de gestión de Recursos Humanos por competencias con los siguientes objetivos: Garantizar la Calidad, Mejorar la Seguridad del paciente y el Desarrollo Profesional.</p> <p>Se realizó un pilotaje con el personal de nueva incorporación que trabajase durante los tres meses de verano con la finalidad de acercar la herramienta a los mandos intermedios, de cara a una implantación sucesiva para todo el personal de enfermería del hospital. Así, en nuestro departamento, se evaluó a un total de 10 profesionales de enfermería. Se detectaron como áreas de mejora mayoritarias las relacionadas con el conocimiento de los siguientes protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación inequívoca del paciente - Caídas - Úlceras por presión - Manejo del dolor - Intervenciones en un paciente con riesgo social <p>Para incrementar estas competencias, durante las entrevistas con cada uno de los profesionales se les hizo entrega en papel de los protocolos, explicándoselos de forma resumida. El impacto fue muy positivo, permitiendo a todos los profesionales alcanzar las competencias donde mostraron más dificultad.</p> <p>Además del personal de enfermería, se ha realizado también la evaluación del resto de personal asistencial que depende del Jefe de Servicio por primera vez en junio-julio de 2018. Se ha realizado autoevaluación y evaluación por el Jefe de Servicio en sesión individual con cada una de las personas, en base a un documento de Competencias del SERMAS y competencias específicas relativas al trabajo en SEPNA. Se han identificado 1-2 áreas de mejora por cada profesional cuyo seguimiento se hará en el plazo de un año.</p> <p>Las competencias del personal de investigación se evalúan de manera anual por el Jefe de Servicio y la Coordinadora de Investigación en base a los objetivos personalizados de cada uno de los profesionales.</p>	7a, 7b
3.c.1 Alineación de objetivos	<p>Entre las funciones principales del Jefe de Servicio y la Supervisora de enfermería están el establecimiento de los objetivos del Servicio y la correcta transmisión de esta información a todos los profesionales. El despliegue de objetivos y de las tareas hasta las personas se complementa con la evaluación del desempeño (3b.7).</p>	3a.1, 3b.7
<i>Despliegue de objetivos</i>		
3.c.2 Creatividad. Innovación. Trabajo en equipo. Equidad en tareas. Autonomía.	<p>Creatividad y espíritu emprendedor. 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 profesionales del Servicio de diferentes programas clínicos específicos (AMITEA, ATraPA, PIENSA, 22q11, entre otros) y todos los proyectos de investigación traslacional y biotecnología que se llevan a cabo en el Servicio.</p>	Figura A.7 Resultados: todos

<p><i>Equipos de mejora. Actas de grupos</i></p>	<p>Gestión participativa. La gestión participativa es uno de los valores del Servicio, que se concreta principalmente en: 1) la asunción de roles de liderazgo por parte de distintos profesionales (responsable de la UADO, coordinación el programa de rotación de residentes, coordinación de programas de atención específicos, etc.) y 2) establecimiento de grupos de mejora participativos liderados por profesionales. 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 siguen una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales. 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 y adecuación de profesionales dispuesto a participar es casi siempre superior al necesario. Esto, y el hecho de que muchas de estas actividades sean directamente promovidas por los profesionales, se considera una prueba de que el sistema de gestión participativo consigue motivar a los profesionales. En la figura A.7 se indican los grupos de trabajo internos, de participación con el hospital y la participación en grupos externos.</p> <p>Equidad en tareas. La equidad en la cantidad y condiciones de trabajo entre compañeros es fundamental para motivar a los profesionales. Se hace un reparto equitativo de los casos nuevos a cada equipo de psiquiatra-DUE y también en evaluaciones neuropsicológicas en investigación, siguiendo un orden rotatorio, riguroso pero en función de las necesidades de los pacientes y del equipo. El reparto equitativo del trabajo del personal de enfermería en la UADO se garantiza por un sistema rotatorio bimensual de adscripción del personal de enfermería a colaborar con uno de los psiquiatras. El Jefe de Servicio redistribuye la lista de espera entre los profesionales del Servicio. El resto de los miembros del personal dan respuesta a las solicitudes de intervención promovidas por el Jefe de Servicio u otros facultativos y gestionan la tarea en función de criterios profesionales propios y de las prioridades establecidas en reuniones diarias y semanales de equipo.</p>	
<p>3.c.3 Embajadores de la imagen y reputación</p>	<p>Como se explica en 3b.4 y 3b.5, el Servicio promueve la asistencia a congresos científicos y proyectos de investigación como oportunidad de crecimiento profesional. Esta participación, unida a la implicación en formación y actividades de intercambio y aprendizaje, son vías por las que, tanto profesionales como directivos, contribuyen a crear una imagen y reputación de excelencia y aportación externa del Hospital y del Servicio. Además, los profesionales del Servicio están presentes en puestos de relevancia de sociedades científicas europeas y mundiales (ECNP, SIRS, ESCAP), en agencias europeas (EMA), órganos asesores de la Comisión europea (EBC), consejos editoriales de las más prestigiosas revistas internacionales (más de 15), guías clínicas y paneles de expertos de recomendaciones internacionales.</p>	<p>Figuras A.6 – A.9</p>
<p>3.c.4 Contribución a la sociedad</p>	<p>Desarrollado en 3.e.4.</p>	<p>3.e.4</p>
<p>3.d.1 Sistema de Comunicación</p>	<p>Comunicación interna. Se han implantado sistemas periódicos y organizados de comunicación con los trabajadores del Servicio: reuniones de investigación (2xsemana), reuniones trimestrales con todos los turnos de la UADO y reuniones periódicas (semanales o quincenales) con profesionales de otros dispositivos, últimas noticias del Servicio que se publican en la web del Servicio o se comparten mediante el list-server, buzones permanentes para recoger de forma anónima quejas y sugerencias de los trabajadores, sistema de orientación para los nuevos trabajadores y dossier informativo para los nuevos residentes y rotantes. Los profesionales hacen propuestas de contenidos para el orden del día de las reuniones trimestrales. Una vez finalizada la reunión, se envía a todos los trabajadores el acta de la misma y en la siguiente reunión se realiza un seguimiento de los acuerdos. La figura A.2 muestra los esquemas de reuniones.</p> <p>A partir de los distintos medios de recogida de información de los trabajadores se identificó la necesidad de mejorar la comunicación. El despliegue de este objetivo ha supuesto el desarrollo de un Plan de comunicación y otras actuaciones. Dentro del Plan de Comunicación, la primera medida fue la creación de un list-server para proporcionar información relevante al Servicio a todos los trabajadores del mismo, así como favorecer la motivación de los mismos a través del reconocimiento cada vez que alguno de ellos consigue un logro. Se creó también una cuenta en twitter en la que se cuenta ya con más de 2100 seguidores.</p>	<p>1a.2, 1a.5, 1b.1, 1b.3, Figura A.2</p>
<p><i>Plan de comunicación Orientación de nuevos trabajadores Dossier residentes Actas reuniones Herramientas y canales.</i></p>		
<p>3.d.2 Mejora de la comunicación entre personas y la organización</p>		
<p><i>Plan de comunicación Plan estratégico</i></p>		
<p>3.d.3 Redes de conocimiento</p>	<p>Se promueve que el desarrollo de su labor asistencial y de investigación se realice de manera coordinada con la de otras organizaciones que pueden aportar valor a la misma. Así, a nivel de asistencia nos coordinamos con usuarios, profesionales y organismos dedicados a la atención de niños y adolescentes. Se participa y se preside la Comisión del desarrollo de la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, se elaboran Guías de práctica clínica con profesionales de otros servicios y se asesora en reuniones de las agencias española (AEMPS) y europea (EMA) de medicamentos.</p> <p>A nivel investigador, el Servicio desarrolla su labor dentro del Instituto de investigación Sanitaria Gregorio Marañón (que organiza reuniones semanales de formación) y a través de la Fundación para la Investigación Biomédica Gregorio Marañón. Hay también una colaboración estrecha con el CIBERSAM, liderando el Jefe de Servicio y perteneciendo varios profesionales del Servicio al grupo G01, participando en los cursos y reuniones científicas anuales así como en las reuniones de planificación de investigación de dicha organización. Se participa en las reuniones de los Comités científicos a nivel nacional de la SEP, la SEPB, la SPM, AEPNYA y a nivel internacional de la ECNP, ESCAP, SIRS, entre otros. Se participa en la Red Experimental y en la Red de Neuropsicofarmacología Infantil (que también se coordina) de la ECNP. Además, se participa en las reuniones científicas de todas las organizaciones mencionadas, entre otras, para exponer el resultado de los trabajos de investigación que realizamos, que se publican además en las revistas dependientes de dichas organizaciones así como en otras publicaciones internacionales de prestigio.</p>	

	Esta labor en red permite tener una posición privilegiada a la hora de identificar y asegurar oportunidades para compartir las mejores prácticas y el conocimiento. La coordinación referida anteriormente se realiza mediante reuniones planificadas y reuniones puntuales en relación a objetivos concretos.	
3.d.4 Trabajo en equipo y cultura de la mejora	Desarrollado en 3c.2 por coherencia con otros contenidos de ese subcriterio.	3c.2
3.e.1 Condiciones de empleo	Dentro de las políticas de personal reguladas por la legislación laboral, las propias del Hospital, y el Convenio Colectivo, el Servicio ofrece a sus empleados un buen entorno profesional, capacidad para participar y oportunidades para el aprendizaje y desarrollo profesional. Las políticas salariales y las remuneraciones están fijadas por Convenio, de acuerdo con las categorías profesionales.	7a
<i>Documentación sobre políticas de personal</i>	Se procura mantener unas condiciones de trabajo idóneas en las que se facilitan en función de las necesidades individuales: los descansos, el reparto de días libres, los turnos de vacaciones, los permisos para cuidado de hijos menores, etc. Se facilita que se cumpla la ley en relación la baja maternal, que puede disfrutarse desde la semana 37 de embarazo y complementarse con el permiso de lactancia.	
3.e.2 Reconocimiento a logros y esfuerzos	Actividades de reconocimiento. Los líderes del Servicio reconocen el esfuerzo y logros obtenidos por los trabajadores de forma directa e informal cuando corresponde, y mediante sistemas concretos: <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de felicitaciones: Las cartas de felicitación y agradecimiento que recibe el Servicio de pacientes o familiares atendidos, de estudiantes que rotan en la misma, de profesionales u organizaciones que han recibido información o ayuda, etc., son transmitidas por los líderes al profesional responsable o, en su caso, a todo el Servicio. Además, se ponen en un lugar visible para que sean conocidas por todos los trabajadores. • Mención en las reuniones trimestrales, reuniones diarias, list-server del Servicio, etc. • Los logros obtenidos por los trabajadores se comunican a la dirección del Hospital, que transmite a su vez el reconocimiento a los trabajadores. • Reconocimiento público con premio a los 10 profesionales más destacados del año durante la cena anual del Servicio. • Los distintos logros y premios obtenidos se difunden en la web del Servicio y en la intranet del Hospital y de la CM. En muchas ocasiones se reflejan además en el Diario Médico y en otros medios de prensa. Ejemplos de reconocimiento externo obtenidos recientemente por trabajadores del Servicio: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento a la Investigación e Innovación otorgado por la Federación Autismo Madrid y Premio Sanitarias otorgado por Redacción Médica a la Coordinadora del Programa AMITEA. • Premio de la Federación de Autismo Madrid al gestor de casos del programa AMITEA, premio otorgado directamente por las asociaciones de familiares de estos pacientes. • Jefe de Servicio: Cruz Mérito Civil en Sanidad y nombramiento de Académico de la Real Academia de Medicina de Asturias. • Dos psiquiatras: Premio a investigador de excelencia de la Sociedad Española de Psiquiatría. • Tres psiquiatras: Joven investigador de la Sociedad Española de Psiquiatría. • Dos psiquiatras: Premio a la mejor tesis doctoral, • Enfermería: Premio Nacional al mejor proyecto de enfermería, por un proyecto de evaluación de satisfacción, tercer premio de comunicación sobre el TDAH en las jornadas de Enfermería. • Elección del Jefe de Servicio como mejor psiquiatra del país según la revista Forbes en 2014. 	Figura A.16 7a
<i>Premios y reconocimientos</i>		
3.e.3 Atención a las personas en seguridad	Atención a las personas mejorando la seguridad del Servicio. La seguridad se identificó como una preocupación para los trabajadores del Servicio, especialmente en un medio como la hospitalización psiquiátrica, con riesgos de agresiones y accidentes laborales. Por esta razón hay objetivos del PE y un grupo de mejora centrados en mejorar la seguridad. Además, el personal se asegura de que se sigan las normas básicas de seguridad en todas las actuaciones que contribuyen a evitar o disminuir los riesgos potenciales de los pacientes.	Figura A.10 4c.3 7.b
<i>Plan estratégico Actas del grupo de mejora de seguridad Resultados</i>	En 4c.3 se describe lo relativo a Prevención de Riesgos desde el punto de vista de instalaciones, considerablemente mejoradas y la figura A.10 especifica la seguridad en la UADO. El Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) oferta a los miembros del grupo la realización del curso de similares características "Prevención de riesgos laborales en actividades sanitarias" a través de la plataforma http://www.mc-prevencion.com/formacion/oferta-formativa/ .	
3.e.4 Fomento de actividades sociales	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 en activo y pasados (acuden a la cena más de 70 personas). Además, durante estos últimos años se han organizado dos celebraciones informales en primavera y otoño consistentes en un ágape con regalos (amigo invisible) o una cena. El Jefe de Servicio obtiene financiación externa para estas actividades. 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, desde hace más de 10 años, 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 Clinic de Barcelona. Se colabora con Organizaciones sin ánimo de lucro como la FAK, prestando atención de salud mental a todos los menores que viven en sus residencias. Se dan cursos en colegios para menores, centros de menores para educadores y asociaciones de familiares, entre otros, de forma gratuita fuera del horario laboral.	
<i>Documentación y registros</i>		
3.e.5 Diversidad	El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente respeta la diversidad y presta sus servicios a sus clientes sin ningún tipo de distinción ni discriminación.	

Criterio 4. ALIANZAS Y RECURSOS

En un Servicio que incluye hospitalización, interconsulta y tratamiento ambulatorio, las alianzas más importantes son las que se establecen con otras organizaciones tales como Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Centros de Menores, otros Servicios del Hospital o recursos como la Unidad de Media Estancia de Adolescentes que, por tener relación con el paciente antes o después de su ingreso hospitalario o tratamiento específico, ayudan a mantener la continuidad asistencial. Las alianzas con las asociaciones de familiares y pacientes son clave en el desarrollo y la monitorización de los servicios que se ofrecen en el Servicio. Además del beneficio para los pacientes, estas alianzas suponen desarrollo mutuo mediante el intercambio de información y conocimientos.

Se mantienen también alianzas con organizaciones sociales, como la Dirección General de la Familia y el Menor o la Dirección General de la Mujer, educativas, como la Dirección de Área territorial, y otros G.I. como las Universidades. Las alianzas con organizaciones referentes en el área de la investigación como el Centro Nacional de Investigación en Salud Mental (CIBERSAM), el Instituto de Investigación Biomédica del HGUGM (IiSGM) y la Fundación para la Investigación Biomédica del HGUGM (FIBHGM) son clave en la planificación y la ejecución de las actividades de investigación desarrolladas en el Servicio.

Las alianzas externas y recursos internos se planifican y gestionan para apoyar el despliegue y la ejecución de las estrategias y para el funcionamiento eficaz de los procesos, y en función de los objetivos y finalidades de cada institución involucrada en la estrategia y buscando el aprovechamiento de sinergias.

La gestión financiera, provisión de materiales y recursos y gestión de instalaciones es responsabilidad del Hospital. Lejos de limitarse a gestionar los recursos asignados, el Servicio ha emprendido iniciativas, buscando formas alternativas para promover la mejora y adecuación de los recursos e instalaciones, principalmente mediante dos vías:

- Presentando informes justificando las necesidades con datos objetivos, recomendaciones e incluso, en alguna ocasión, hoja de firmas de petición de los clientes. Ejemplo: reubicación del programa AMITEA.
- Consiguiendo financiación para mejoras del Servicio: ejemplo, consiguiendo fondos de entidades privadas para construir una terraza en la UADO.

La responsabilidad del Servicio también se centra en el 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.

Los indicadores para evaluar estos agentes y promover la mejora son muy variados, entre otros satisfacción de clientes, del personal, seguridad, gastos e inversiones, impacto ambiental, que serán explicados en los criterios resultados. La aplicación del Modelo EFQM de Excelencia y las Autoevaluaciones, la participación y el trabajo en equipos de mejora han sido importantes para mejorar los agentes relativos a recursos.

La implantación del Plan Estratégico 2012-2015 supuso mejoras en una serie de aspectos, entre ellos:

Línea Estratégica 2, objetivo 4: *Mejora del entorno de atención*- se han construido la terraza y las salidas de emergencia de la UADO y se han adecuado las consultas para la atención a pacientes con TEA.

Línea Estratégica 4: *Mejorar la seguridad*- se han comenzado a utilizar dispositivos de alarma individuales conectados con seguridad del hospital, se han contratado celadores y se han organizado talleres de uso de contenciones de imanes.

El Plan Estratégico vigente, 2016-2019, también contempla avances en este sentido, entre los que se encuentran:

Línea Estratégica 1, objetivo 4: *Desarrollar la historia clínica electrónica*

TÍTULO	DESCRIPCIÓN	Enlaces y medidas
EVIDENCIAS		
4.a.1 Gestión de alianzas externas	El Servicio ha ido desarrollando relaciones formales e informales con distintas instituciones, organismos, asociaciones y organizaciones que enriquecen la labor asistencial, educativa y de investigación, beneficiando a pacientes, familiares y trabajadores. Su sostenibilidad se fundamenta en la cooperación, el beneficio y aportaciones mutuas y la transparencia. La figura A.4 incluye algunos ejemplos de los múltiples acuerdos alcanzados.	1c.2, 1c.3 Figura A.4 6ª.
Cuadro de alianzas Acuerdos y convenios	El seguimiento y la revisión de estas alianzas se realizan a través de indicadores y reuniones con los distintos aliados. A partir de esta información se refuerzan las alianzas. Por ejemplo, a partir de los resultados de la encuesta de satisfacción de los CSM se ha definido un protocolo de envío periódico de información a los CSM, se ha simplificado el trámite de derivación y se envía el informe de alta directamente al psiquiatra del CSM.	
4.a.2 Proveedores	Proveedores clave del Servicio: Los psiquiatras y profesionales de los CSM, Centros de menores y Hospitales de día, los profesionales de Atención Primaria y de Pediatría de los Centros de Salud, los proveedores de servicios como el Laboratorio de Imagen Médica del hospital y la Fundación Cien, con quien tenemos contratada la realización de resonancias magnéticas de investigación, el Laboratorio de Farmacología de la Universidad Complutense, con quien hacemos analíticas de metabolismo y de inmunidad para investigación, los proveedores de tecnología, mobiliario y consumibles, entre otros.	6a
Proveedores clave.		

<p>4.b.1 Gestión de recursos económicos y financieros</p>	<p>Los recursos económicos y financieros son gestionados de forma centralizada por el Departamento de Gestión Económica del Hospital, la Fundación para la investigación biomédica del HGUGM (FIBHGM) y el CIBER. Sin embargo, el Servicio se implica activamente en la búsqueda de los recursos económicos necesarios para la realización de proyectos de investigación.</p> <p>Búsqueda de fondos públicos y privados y colaboración con entidades y Fundaciones.</p> <p>El Servicio realiza la captación de fondos para investigación a través de convocatorias públicas competitivas nacionales e internacionales, de acuerdo con su Línea Estratégica 5, objetivo 2: <i>Incrementar y diversificar las fuentes de financiación para la investigación</i>. Las actividades de captación de fondos han tenido resultados brillantes. Se han llevado a cabo multitud de colaboraciones con Fundaciones privadas que han contribuido a la misión, visión, valores y estrategias del Servicio. Gracias a estas colaboraciones, el Servicio ha dispuesto de fondos externos al Hospital para contratación de profesionales que mejoran la asistencia, la formación, la investigación, la asistencia a congresos, remodelación de la UADO, compra de material, etc.</p>	<p>2a.3, 9a</p>
<p><i>Registros. Informes</i></p>	<p>El Servicio realiza la captación de fondos para investigación a través de convocatorias públicas competitivas nacionales e internacionales, de acuerdo con su Línea Estratégica 5, objetivo 2: <i>Incrementar y diversificar las fuentes de financiación para la investigación</i>. Las actividades de captación de fondos han tenido resultados brillantes. Se han llevado a cabo multitud de colaboraciones con Fundaciones privadas que han contribuido a la misión, visión, valores y estrategias del Servicio. Gracias a estas colaboraciones, el Servicio ha dispuesto de fondos externos al Hospital para contratación de profesionales que mejoran la asistencia, la formación, la investigación, la asistencia a congresos, remodelación de la UADO, compra de material, etc.</p>	
<p>4.b.2 Evaluar y seleccionar inversiones</p>	<p>Los planes de inversiones en general no entran en el ámbito de acción del Servicio, salvo los casos de infraestructuras que se priorizan en función de las necesidades del servicio a los pacientes (como la realización de una salida de emergencia o la implantación de dispositivos de llamada para mejorar la seguridad), y los que se realizan recabando la obtención de fondos privados para cubrir los planes estratégicos, como por ejemplo hacer la terraza, potenciar programas específicos y TIC (Dr. TEA, espacios, mobiliario autismo), etc.</p>	<p>4b.1, 4c.1, 4c.2</p>
<p>4.c.1 Instalaciones y medios</p>	<p>Las aportaciones de los profesionales del Servicio son muy beneficiosas en la mejora de instalaciones y medios. Su aportación de datos objetivos a la Dirección sobre la necesidad de recursos e instalaciones y la correcta gestión en la solicitud de los mismos han supuesto que en la actualidad el Servicio, y en concreto la Unidad de Hospitalización, se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente.</p>	
<p><i>Instalaciones y medios</i></p>	<p>En cuanto a los materiales, aunque son gestionados y proporcionados por el Hospital, el Servicio realiza el estudio y solicitud de materiales didácticos y terapéuticos adecuados para esta población. Entre la dotación de material para juegos se han solicitado pelotas de espuma, ping-pong, bolos, juguetes para menores con déficits cognitivos graves, etc. También se han conseguido otros muchos con fondos externos, como el fútbolín, bicicletas estáticas, ping-pong, sillones de masaje para personas con discapacidad intelectual, sala Gesell etc.</p>	
<p>4.c.2 Mejora. Instalaciones orientadas al paciente</p>	<p>Además de seguridad, el Servicio debe proporcionar un ambiente adecuado, amable y terapéutico. Para ello, de acuerdo con la LE 6, trabajamos en que las distintas dependencias sean acogedoras y que los pacientes cuenten con espacios de espera y de asistencia adecuados, en los que realizar actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales.</p>	<p>4c.3 6a</p>
<p><i>Mejoras</i></p>	<p>Para evaluar la adecuación de las instalaciones se cuenta fundamentalmente con dos métodos: indicadores de seguridad y de incidentes críticos y encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales para evaluación de la comodidad y adecuación.</p> <p>Ejemplos de mejora: 1) Construcción de una terraza cubierta en las instalaciones de la UADO como espacio de expansión y juego. 2) Con el propósito de humanizar la UADO, se ha pintado toda esta Unidad. 3) Se han remodelado los baños y zonas comunes con colores y diseños especialmente seleccionados teniendo en cuenta las características de los pacientes ingresados. 4) Se ha cambiado y renovado material en las habitaciones y espacios comunes. 5) Para el programa AMITEA, inicialmente ubicado en consultas externas, se necesitaba un espacio que facilitase la espera en un ambiente adecuado y tranquilo, tanto las consultas como para las evaluaciones. Tras presentar informes se ha conseguido reubicar. 6) Las últimas adquisiciones de la UADO en cuanto a juegos (por ejemplo la wii) se han realizado tras preguntar a los pacientes sus preferencias. Todo se ha hecho sin coste para el Hospital con fondos de Fundaciones privadas.</p>	<p>Figuras A.14 7b</p>
<p>4.c.3 Seguridad</p>	<p>Existe un grupo de trabajo específico para este fin, y se han mejorado las instalaciones hasta conseguir una Unidad de Hospitalización líder en seguridad para población psiquiátrica adolescente, para las visitas y para los trabajadores. Las características más relevantes de las instalaciones, mejoras logradas y normas internas se resumen en la figura A.10 del Anexo. El Servicio de seguridad del Hospital revisa periódicamente la seguridad de las instalaciones y comprueba que todo esté de acuerdo a la normativa vigente.</p>	
<p><i>Actas del grupo de mejora de seguridad</i></p>	<p>Los profesionales del Servicio también contribuyen constantemente a mejorar la seguridad de las instalaciones. Cuando en las evaluaciones trimestrales o de manera puntual se ha identificado la seguridad como una preocupación se han convocado Gabinetes de Crisis para dar respuestas concretas y promover mejoras. A pesar de ello la seguridad de los trabajadores sigue siendo una preocupación continua por las agresiones al personal, que se mantienen en niveles altos en relación a la complejidad psicopatológica de los casos que se atienden, que en los últimos años ha aumentado al incrementar los ingresos de pacientes con retrasos cognitivos y alteraciones de conducta asociados.</p>	<p>Figura A.10</p>
<p>4.c.4 Mantenimiento de activos</p>	<p>La gestión de mantenimiento del Servicio se lleva a cabo también de forma centralizada por el servicio del Hospital. La Supervisora de Enfermería comunica la necesidad del servicio de mantenimiento cuando se producen desperfectos en las instalaciones y registra las incidencias.</p>	
<p>4.c.5 Gestión ambiental</p>	<p>Como muestra de su compromiso con el medio ambiente, el Servicio lleva a cabo iniciativas como el reciclaje de papel y pilas, y en las actividades de terapia ocupacional se utiliza material reciclado.</p>	
<p>Certificación ISO 14000 Acreditación Red de hospitales sin humo</p>	<p>La gestión de residuos externos e internos así como el reciclaje 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).</p> <p>Desde el Servicio se promovió la certificación medioambiental, con lo que se consiguió la certificación de todo el Hospital con la ISO14000. Además, se ha obtenido la acreditación en la Red de Hospitales sin</p>	<p>8b</p>

	humo en la categoría plata. En nuestra UADO, a diferencia de la hospitalización de adultos, no se permite fumar desde su inauguración en el año 2000 cuando por ley aún era posible hacerlo.	
4.d.1 Gestión de la tecnología	La gestión de la tecnología la llevan a cabo los servicios centrales del Hospital, pero el Servicio promueve la innovación tecnológica en la medida de sus posibilidades, siendo pionero en el uso de nuevos sistemas (ver figura A.11 del Anexo)	Figura A.11
Tecnologías y sistemas utilizados	<p>Identificación de nuevas tecnologías. El Departamento responsable del Hospital realiza un continuo seguimiento del sector de la tecnología, estando siempre atento a las novedades y a su posible aplicación, beneficios y viabilidad. La Dirección y los profesionales del Servicio contribuyen aportando información sobre novedades y necesidades.</p> <p>Mantenimiento y actualización. Para el mantenimiento de la tecnología se tiene contacto periódico y fluido con mantenimiento e informática del Hospital.</p> <p>No obstante, además de la tecnología aportada por el Hospital, hemos comprado ordenadores, hemos sido pioneros en la utilización de la historia electrónica y la personalización de la misma permitiendo ocultar datos sensibles, en la utilización de la prescripción electrónica y las consultas de telemedicina, en la utilización de la web para desensibilización y la facilitación de las consultas (doctortea.org), para la resolución de problemas en programas concretos (ATraPA) a través de correo electrónico, uso de redes sociales, documentación de interés y recursos de forma gratuita en nuestra página web, impartir clases en máster virtuales con material interactivo, recogida de datos de investigación multicéntricos en un sistema desarrollado por nosotros, etc.</p>	
4.e.1 Gestión de la Información y el conocimiento	La información que se maneja en el Servicio se puede dividir fundamentalmente en cuatro subgrupos: <i>información clínica, información clínica personalizada, información de gestión y gestión del conocimiento</i> . Se desarrolla en los apartados que siguen.	
4.e.2 Historia Clínica	La gestión de los datos se realiza según el programa de Documentación Clínica. La administración, el acceso y la explotación de los datos contenidos en la Historia Clínica (HC) se rigen por la legislación vigente de Protección de datos –Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Básica de Autonomía del paciente.	9b
Historia clínica electrónica Reglamento de Historias Clínicas Reglamento de Archivo Central	<p>La información referida a cada paciente queda registrada en la Historia Clínica personalizada para garantizar la asistencia y continuidad de cuidados del paciente. La estructuración de los datos, recogida, aplicaciones y explotación se rigen por procedimientos recogidos en el Reglamento de Historias Clínicas, y el Reglamento de Archivo Central, lugar donde se almacenan y custodian.</p> <p>El Servicio ha definido su propio sistema de organización de los documentos en la HC, con el propósito de facilitar su uso mientras el paciente permanece ingresado. Toda HC archivada debe incluir el informe de alta del paciente, que recoge los procedimientos, evolución y diagnóstico clínico referidos al proceso que motivó el ingreso, según un modelo estructurado, e incluye el juicio diagnóstico según el modelo multiaxial en 6 ejes propuestos en la CIE 10.</p> <p>Los profesionales de enfermería realizan también un 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 disponible en la intranet del Hospital.</p> <p>Aunque la HC es común para todo el Hospital, desde el Servicio se han realizado mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación de un espacio propio para los facultativos del Servicio en la HC en el que poder incluir información clínica sensible, limitando su acceso y reforzando la confidencialidad. - Adaptación de algunos apartados de la HC, como la hoja de valoración al ingreso de enfermería, para garantizar la recogida de información clave. - Desarrollo de un sistema propio para organizar los documentos en la HC, facilitando así su documentación y consulta. 	
4.e.3 Base de datos y herramientas de gestión	Base de datos de hospitalizados. Creada a propuesta por los trabajadores, con información de variables sociodemográficas, diagnóstico, características clínicas familiares, datos terapéuticos, evolutivos, de derivación, etc. La introducción y explotación de datos es responsabilidad de los facultativos y cumple el RGPD. La información es susceptible de ser empleada además con finalidades de gestión y mejora del Servicio y de los procesos para docencia, investigación y comunicación con agencias externas (reuniones de coordinación). Está anonimizada siguiendo las directrices de la Comisión de Ética Clínica del Hospital. Para hacer más útil la información, los facultativos han realizado reuniones de consenso para la utilización de una herramienta clínica (HoNOSCA), que permite cuantificar la mejoría derivada del ingreso en diferentes aspectos clínicos.	Figura A.11
Base de datos de pacientes hospitalizados. Herramientas de gestión. Intranet	<p>Herramientas de gestión. Mejora. El equipo multidisciplinar utiliza las herramientas de gestión facilitadas por el Hospital y la CM, pero además innova y desarrolla sus propios sistemas para mejorar los sistemas de trabajo y la atención al paciente. Ejemplos: ver figura A.11 del Anexo.</p> <p>El creciente número de estudios y de pacientes y la complejidad para las citas y el seguimiento, han hecho que se contratara con una empresa externa la confección de un programa que realiza alertas cuando se tiene que citar a un paciente. Se ha desarrollado además una base de datos unificada de todos los pacientes que participan en los distintos estudios de investigación, lo que facilita el desarrollo de proyectos y la confección de artículos. Además, para los estudios multicéntricos tenemos aplicaciones telemáticas de última generación, sistema GRID, que permiten la captura centralizada de datos entre los centros participantes (ver pestaña de plataformas en www.cibersam.es).</p>	
4.e.4 Acceso externo	La página web del Servicio, incluida en la web del Hospital, recoge información para informar a los profesionales, pacientes, familiares y sociedad sobre nuestros servicios. Recoge 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 Servicios. Tiene también información sobre últimas noticias del Servicio, patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes, familiares y estudiantes. La página	8a, 8b
Página Web		

	ha tenido en el año 2017 casi 50.000 visitas.	
4.e.5 Propiedad intelectual	Los profesionales del Servicio han desarrollado programas innovadores (de los cuales hemos registrado la Propiedad Intelectual) que son referente internacional como AMITEA, 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.	
Programas registrados		

Criterio 5. PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS

El SEPNA cuenta con un sistema de gestión por procesos para llevar a cabo sus servicios y mejorar sus resultados. La propuesta de valor del Servicio consiste en desarrollar servicios orientados a sus clientes, que le permitan cumplir con su misión y posicionarse como referencia en el sector (Visión de la organización). Tratándose de un Servicio sanitario, el proceso asistencial es complejo y se divide en subprocesos transversales que siguen el proceso de atención al paciente (admisión, tratamiento, alta y seguimiento) y cuyos contenidos se concretan para los distintos programas (hospitalización, programas específicos ambulatorios, asistencia ambulatoria en salud mental del niño y del adolescente y atención de interconsulta) mediante guías de práctica clínica y protocolos. En los últimos años se ha realizado un importante trabajo de estandarización de estos subprocesos.

El mapa de procesos se ha revisado recientemente (Fig. A.12) y en las reuniones trimestrales se identifican mejoras de procesos y se lleva su seguimiento.

La gestión está estructurada en base a:

- La planificación estratégica reflejada en el Plan Estratégico.
- Los objetivos anuales firmados con la Dirección del Hospital.
- Los grupos de mejora integrados por los trabajadores del Servicio.
- El seguimiento de las actividades, planes y objetivos estructurado escalonadamente: reuniones trimestrales de gestión, reuniones semanales de seguimiento operativo, gestión de procesos, programas y proyectos por sus responsables, etc.
- Las evaluaciones anuales de resultados y la monitorización continua de los resultados del Servicio, que permiten actualizar las planificaciones.

Los distintos servicios que presta el SEPNA están orientados a cubrir las necesidades y mejorar la calidad de la asistencia a nuestros usuarios. Estos servicios incluyen los relativos a la actividad asistencial, la actividad docente y la actividad investigadora (ver Presentación para más detalles). Los procesos se monitorizan y mejoran continuamente. Datos de resultados globales de los procesos clave incluyen:

- **Asistencial:** desde que existe libre elección de médico en la CM, **se ha triplicado la demanda.**
- **Docente:** la demanda de plazas de rotaciones de residentes es tan alta que ya están completas todas para los 2 próximos años.
- **Investigador:** el Servicio coordina el Programa de Salud Mental del Niño y del Adolescente de Centro Nacional de Investigación en Salud Mental (CIBERSAM), el área de neurociencias del Instituto de Investigación Biomédica del HGUGM y es referente internacional.

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

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

REFERENCIA. TÍTULO	DESCRIPCIÓN	Enlaces y medidas
EVIDENCIAS		
5.a.1 Sistema de gestión por procesos	Los procesos del 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 , adecuando los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes. Ayuda a una organización eficiente de los procesos operativos. Los procesos operativos son los procesos que suponen contacto directo con el usuario y tienen mayor impacto sobre la tarea básica del Servicio, el tratamiento de los pacientes y la atención a sus familiares. Son el objetivo final de la existencia del Servicio. Los procesos de apoyo son aquellos que generan recursos que necesitan los otros procesos para poder llevarse a la práctica. Estos procesos están proporcionados por servicios centrales del Hospital pero el Servicio se implica activamente en su adecuación y mejora.	2d.1 Figura A.12 Resultados: todos
Sistema de gestión por procesos. Mapa de procesos.	Los procesos se revisan cuando se detecta su necesidad, incluyendo los cambios o innovaciones exigidos por la implantación de las estrategias.	

<p>5.a.2 Diseño de los procesos</p>	<p>Para estandarizar la práctica clínica y establecer sistemas de trabajo estructurados que aumenten la eficiencia, se utilizan tres instrumentos principales: <i>protocolos, guías clínicas y gestión por procesos</i>.</p> <p>Protocolos. Establecen las pautas básicas de actuación para determinadas patologías y ante contextos y situaciones críticas. Se desarrollan de forma participativa y se presentan al Comité ético de asistencia del Hospital. Hay más de 30 protocolos y procedimientos específicos. Contenido: <i>objeto, alcance, desarrollo, indicadores, registros y responsabilidades</i>. Los protocolos suponen una ayuda aunque la actuación en cada situación particular se adapta a las características propias de cada paciente.</p> <p>Se realiza una evaluación de la aplicación y el funcionamiento de los mismos, lo que ha significado jornadas de trabajo con servicios similares de otros hospitales promovidas por el Servicio, para comparar sus procesos, indicadores y resultados.</p> <p>Guías clínicas y terapéuticas. Tienen la finalidad de ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas. Desde el Servicio se han realizado guías clínicas de tratamiento para trastornos de conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, trastornos psicóticos, depresión, trastorno bipolar, así como guías terapéuticas para los principales psicofármacos en población infanto-juvenil. La elaboración de guías se realiza en función de cambios de conductas, aumento de prescripciones, etc., respondiendo o adelantándose a nuevas necesidades.</p> <p>Gestión de procesos. En la autoevaluación de 2003 se identificó la necesidad de definir los procesos clave del Servicio para lo que se creó un grupo de trabajo. Tras recibir formación específica en gestión por procesos (grupo de procesos y equipo evaluador EFQM), el grupo identificó y desarrolló el proceso de atención al paciente como el proceso clave. Esto supuso mejoras, como p.e. simplificar el proceso de citación en consultas externas. Además, se generó un Mapa de procesos que contiene enlaces a toda la información y los documentos de soporte necesarios, siendo un recurso útil para todos los profesionales. Se actualiza de manera periódica o cada vez que se generan documentos, sugerencias de los profesionales o se realizan modificaciones en el Servicio.</p> <p>Recientemente, en 2018, se ha realizado una revisión completa del mapa de procesos, actualizando los procesos existentes, y se ha identificado un cuadro de indicadores enlazando líneas estratégicas, proceso, indicador y objetivos.</p> <p>Responsables de los procesos. Cada proceso tiene un responsable, asignado utilizando como criterios su posición en el Servicio y el conocimiento e implicación en el proceso. El responsable de un proceso conoce a fondo todos los elementos necesarios para su correcto funcionamiento. Se encarga de la formación y el asesoramiento del personal implicado y del seguimiento de los indicadores y resultados asociados impulsando la mejora.</p>	<p>2, 5d.3, 5d.4 Figura A.12 Resultados: todos</p>
<p><i>Intranet</i> Mapa de procesos Guías de práctica clínica del servicio Protocolos del Servicio Planes de cuidados de enfermería</p>	<p>El Sistema de gestión cuenta con un conjunto de indicadores vinculados a los procesos, e indicadores de resultados vinculados sobre todo a los servicios. El cuadro de indicadores revisado en 2018 ha supuesto poder enlazar los procesos con los indicadores y las líneas estratégicas.</p> <p>Los mecanismos que detectan y gestionan las oportunidades de mejora e innovación de los procesos son: 1) los objetivos del Plan estratégico y su desarrollo en planes de acción operativos, 2) el pacto de objetivos anuales, 3) los planes de mejora derivados de las oportunidades que surgen de distintas actividades de gestión (análisis de resultados de percepción, autoevaluaciones EFQM, evaluaciones externas EFQM, sugerencias y reclamaciones, benchmarking, etc.), 4) la labor de análisis, propuestas e implantación de acciones por parte de los grupos de mejora, 5) otros planes de mejora puntuales. La innovación también proviene de sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población. Las mejoras de los procesos están sobre todo relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) las mejoras e innovaciones en recursos: relaciones externas (4a, figura A.4), instalaciones (4c.2, 4c.3, figura A.10), innovación tecnológica y del conocimiento (4d, 4e, figura A.11), - 2) las mejoras en los servicios y las relaciones con los clientes (5c, d y e, figuras A.13 y A.14). <p>La innovación es continua en el Servicio en función de las necesidades de los clientes. En la figura A.14 se incluyen programas diseñados para responder a las solicitudes de los G.I. (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 son publicados en revistas internacionales de alto impacto. Es importante destacar también las actividades de innovación dirigidas al sector en general. Ejemplo de investigación: el Servicio está evaluando 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 huérfanas como el autismo para las que no hay aprobado ningún tratamiento. Profesionales del Servicio participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que permitirá disponer de un repositorio de medicaciones que no están en uso en estos momentos, para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos. Varios profesionales son asesores de las agencias española y europea del medicamento.</p> <p>El Servicio tiene identificado el perfil de sus clientes y su ámbito de actuación. Su estructura y modelo organizativo se han ido adecuando a las necesidades de los clientes actuales y potenciales, según se progresaba en función de sus experiencias desde su creación como Unidad de Hospitalización de Adolescentes en el Servicio de Psiquiatría del HGUGM.</p>	<p>4a, 4c.2, 4c.3, 4d, 4e, 5c, 5d, 5e Figuras A.4, A.10, A.11, A.13 y A.14</p> <p>5d, 5e Figura A.14</p> <p>Info. Clave.</p>
<p>5.a.3 Indicadores y resultados</p> <p>Sistema de gestión</p>	<p>El Sistema de gestión cuenta con un conjunto de indicadores vinculados a los procesos, e indicadores de resultados vinculados sobre todo a los servicios. El cuadro de indicadores revisado en 2018 ha supuesto poder enlazar los procesos con los indicadores y las líneas estratégicas.</p>	
<p>5.a.4 Mejoras en los procesos mediante innovación</p>	<p>Los mecanismos que detectan y gestionan las oportunidades de mejora e innovación de los procesos son: 1) los objetivos del Plan estratégico y su desarrollo en planes de acción operativos, 2) el pacto de objetivos anuales, 3) los planes de mejora derivados de las oportunidades que surgen de distintas actividades de gestión (análisis de resultados de percepción, autoevaluaciones EFQM, evaluaciones externas EFQM, sugerencias y reclamaciones, benchmarking, etc.), 4) la labor de análisis, propuestas e implantación de acciones por parte de los grupos de mejora, 5) otros planes de mejora puntuales. La innovación también proviene de sugerencias de los trabajadores, que buscan nuevos métodos de tratamiento que se adapten mejor a las características de nuestra población. Las mejoras de los procesos están sobre todo relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) las mejoras e innovaciones en recursos: relaciones externas (4a, figura A.4), instalaciones (4c.2, 4c.3, figura A.10), innovación tecnológica y del conocimiento (4d, 4e, figura A.11), - 2) las mejoras en los servicios y las relaciones con los clientes (5c, d y e, figuras A.13 y A.14). 	<p>4a, 4c.2, 4c.3, 4d, 4e, 5c, 5d, 5e Figuras A.4, A.10, A.11, A.13 y A.14</p>
<p>Plan estratégico Mejoras e innovaciones</p>	<p>La innovación es continua en el Servicio en función de las necesidades de los clientes. En la figura A.14 se incluyen programas diseñados para responder a las solicitudes de los G.I. (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 son publicados en revistas internacionales de alto impacto. Es importante destacar también las actividades de innovación dirigidas al sector en general. Ejemplo de investigación: el Servicio está evaluando 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 huérfanas como el autismo para las que no hay aprobado ningún tratamiento. Profesionales del Servicio participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que permitirá disponer de un repositorio de medicaciones que no están en uso en estos momentos, para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos. Varios profesionales son asesores de las agencias española y europea del medicamento.</p>	<p>5d, 5e Figura A.14</p>
<p>5.b.1 Diseño de los Servicios. Desarrollo e implantación de cambios</p>	<p>La innovación es continua en el Servicio en función de las necesidades de los clientes. En la figura A.14 se incluyen programas diseñados para responder a las solicitudes de los G.I. (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 son publicados en revistas internacionales de alto impacto. Es importante destacar también las actividades de innovación dirigidas al sector en general. Ejemplo de investigación: el Servicio está evaluando 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 huérfanas como el autismo para las que no hay aprobado ningún tratamiento. Profesionales del Servicio participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que permitirá disponer de un repositorio de medicaciones que no están en uso en estos momentos, para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos. Varios profesionales son asesores de las agencias española y europea del medicamento.</p>	<p>5d, 5e Figura A.14</p>
<p>5.c.1 Clientes del Servicio. Modelo organizativo</p> <p>Estructura y organización</p>	<p>El Servicio tiene identificado el perfil de sus clientes y su ámbito de actuación. Su estructura y modelo organizativo se han ido adecuando a las necesidades de los clientes actuales y potenciales, según se progresaba en función de sus experiencias desde su creación como Unidad de Hospitalización de Adolescentes en el Servicio de Psiquiatría del HGUGM.</p>	<p>Info. Clave.</p>

<p>5.c.2 Proceso de información y apoyo a familiares</p>	<p>Al tratarse de población menor de edad, la información a familiares es especialmente relevante. El protocolo incluye reuniones programadas con los profesionales, información diaria durante el ingreso, consentimiento informado, información general sobre la patología (web, documentos escritos), etc. También se presta apoyo psicológico a familiares y cuidadores mediante grupos terapéuticos de padres y educadores (neonatología, UADO, programa UMERP, etc.).</p>	
<p><i>Cartas de Servicios</i> <i>Documento de información a familiares</i> <i>Normas de funcionamiento del Consentimiento informado</i> <i>Página web</i> <i>Redes sociales</i></p>	<p>Cartas de Servicios (CS). La primera CS se redactó tras la autoevaluación de 2003, al identificar la necesidad de definir por escrito los servicios, los requisitos de calidad y el método de seguimiento y evaluación que se utilizaría. Se actualizó en 2010 y se realizó una segunda CS más específica para el programa AMITEA. En 2017 se han vuelto a actualizar recogiendo los últimos cambios y potenciando aspectos como la página web y las redes sociales. La publicación de estas dos nuevas CCSS y su difusión entre los ciudadanos supone un compromiso público de los servicios ofrecidos y el nivel de calidad de los mismos. Las prestaciones ofertadas se sintetizan en la figura A.15.</p> <p>La evaluación del cumplimiento de la CS es mediante indicadores y se realiza un informe anual que se envía a la Dir. Gral. de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano. Otros datos para su evaluación: puntuación de las autoevaluaciones EFQM, indicadores de actividad hospitalaria, auditorías de las HC, calidad percibida, formación continuada y producción científica del Servicio.</p>	<p>Figura A.15. 6a</p>
<p>5.d.1 Proceso de atención a pacientes</p>	<p>Proceso único y central que se estructura en tres subprocesos: <i>admisión, tratamiento y alta</i>.</p> <p>Subproceso de admisión y acogida: Estandariza los pasos y contenidos de la derivación desde cualquier servicio a la Unidad de hospitalización o a los distintos programas, y las acciones a llevar a cabo durante el ingreso: valoración individualizada (adaptada a los distintos programas) e información para pacientes y familiares. En la UADO, previa a la recepción del paciente, se lleva a cabo el sistema de gestión de camas, cuya efectividad ha conseguido que en los años de funcionamiento sólo se haya tenido que derivar a menos de diez pacientes a otros hospitales. Además, hemos podido ingresar a pacientes de otras áreas sanitarias, incluso de otras CCAA que no contaban con recursos necesarios. En 2018 se ha desarrollado el Ingreso directo, sin necesidad de pasar por la urgencia, durante las 24 horas, lo que supone una mejora de las condiciones de ingreso de pacientes y familiares.</p>	<p>Todos los ítems de psicopatología a mejoraron durante el ingreso, variando la mejoría entre el 22% y el 67%.</p>
<p><i>Subprocesos, valoraciones, guías y protocolos.</i> <i>Programa AMITEA</i> <i>Programa PIENSA</i> <i>Programa ATraPA</i></p>	<p>Subproceso de tratamiento. Estandarizado mediante más de 30 protocolos y guías clínicas y terapéuticas, como: las guías para patologías concretas (trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de conducta, etc.), guías farmacológicas (depresión, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, retraso mental, etc.), protocolos de información, actuación ante incidentes (fuga, conducta opositora, amotinamiento, ingreso de un paciente custodiado), pautas de actuación homogéneas para situaciones habituales o el manejo de pacientes con necesidades especiales. Las guías y protocolos se evalúan en reuniones mensuales de todos los profesionales clínicos.</p> <p>Subproceso de alta y seguimiento. En hospitalización incluye: recogida de información (evolución sintomática con escala válida y datos sociodemográficos) para evaluar los efectos del tratamiento en el ingreso, contacto con el CSM de zona y cita de seguimiento, informe de alta en mano y contacto con los Servicios Sociales en los casos con implicación social relevante. En los pacientes de programas específicos el compromiso es dar el alta lo antes posible para que el paciente vuelva a un entorno normalizado. En los CSM incluye contacto con los profesionales de AP, de servicios sociales y servicios educativos. Se realiza coordinación de manera reglada y continua con el IMFM (UMERP), la Dir. General de la Mujer (ATIENDE niños), la Consejería de Justicia (Menor Infractor), Educación (Diagnóstico complejo, aulas hospitalarias, Dionisia Plaza, etc.). El apoyo a las familias es continuo. Incluso en los permisos de fin de semana en domicilio, pueden contactar con la UADO las 24 horas del día, para resolver cualquier duda: manejo de conducta, medicación o para finalizar con antelación el permiso.</p>	<p>9a</p> <p>100 % de altas con informe de alta en mano</p> <p>100 % de altas con cita de seguimiento</p>
<p>5.d.2 Tratamiento a los pacientes</p>	<p>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).</p> <p>Terapia grupal. Existen varios tipos que se desarrollan a nivel ambulatorio semanalmente en programas específicos (ATraPA, PIENSA) y los CSM o durante el ingreso hospitalario, en que hay sesiones de terapia de grupo diarias, para todos los pacientes, lideradas por un psiquiatra y un observador. Este grupo se ha revisado en 2 ocasiones y se han iniciado otros 2 grupos, con carácter semanal, desarrollados por personal de enfermería (Mindfulness y Terapia Dialéctica Comportamental-DBT). También semanal se desarrolla un grupo, liderado por una psiquiatra, DUE y trabajadora social, para padres de pacientes ingresados. En el Infantil se lleva a cabo un grupo mensual de educadores del Programa UMERP y un taller sobre vínculo en Neonatología una vez cada 5 semanas.</p>	
<p>Tratamientos y terapias</p>	<p>La eficacia de los grupos de terapia en el programa PIENSA se ha medido frente a un grupo control, siendo el primer estudio que ha demostrado la eficacia de esta intervención para menores de edad. Los resultados se han publicado en la revista de mayor prestigio internacional en psiquiatría del niño y del adolescente. La lectura y posterior realización de preguntas de este estudio han dado créditos para los psiquiatras infantiles en EEUU. Se han publicado los manuales de las terapias PIENSA y ATraPA y se han puesto a disposición de la Comunidad de manera gratuita (en web del Servicio).</p> <p>Mejoras. Ante la petición de los pacientes, y en colaboración con ONGs, se organizaron sesiones de video y otras actividades de ocio como talleres de moda, magia, música, cine forum, debates o coloquios, karaokes, juegos de mesa diversos ("Pictionary", "Trivial", "Party", "Cranium", "Wii"). Se ha formado un grupo de trabajo compuesto por la Terapeuta ocupacional y personal de Enfermería, que planifica las actividades del fin de semana, que han sido muy favorablemente recibidas por los adolescentes. Uno de los objetivos ha sido las guías de tratamientos de primeros episodios psicóticos y de trastorno obsesivo compulsivo mediante revisión sistemática de la literatura con metodología de</p>	<p>9a y 9b</p>

	consenso tipo RAND/UCLA, según recomendaciones del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad sobre Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS.	
5.d.3 Seguimiento tras el alta	Se ha puesto especial atención al seguimiento de pacientes tras el alta, con un sistema propio de evaluación. El primer paso consistió en un estudio para relacionar variables de la evolución de los pacientes con aspectos relacionados con el tratamiento, tanto durante el ingreso como después del alta. Se observó que la evolución después del alta 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.). Se han difundido los resultados en congresos de la especialidad y a los profesionales que atienden a estos pacientes. En base a esos datos y a las estadísticas de reingreso se crearon programas ambulatorios específicos para pacientes en los que se busca un seguimiento intensivo. Desde el Servicio, se ha apoyado la creación de un Centro de Media Estancia para Adolescentes , siendo una de las psiquiatras del Servicio miembro del equipo médico de evaluación de casos para toda la CM. Existe un protocolo de Coordinación/Continuidad de Cuidados que evalúa el seguimiento. Se evalúa la satisfacción de los centros receptores de pacientes (CSM, Hospitales de Día, Centros de Menores) con el Servicio.	
<i>Informes de alta y registros de seguimiento. Centro de Media Estancia. Cuestionarios de satisfacción de centros receptores y derivantes</i>		
5.d.4 Implicación de los G.I clave en la mejora de los servicios	La implicación de los pacientes, familiares y tutores y de los profesionales del Servicio es total en la mejora e innovación de los servicios. También las relaciones externas de los profesionales y el trabajo con organizaciones partners contribuyen notablemente a esto, ya que facilitan la captación de nuevas necesidades.	5b, 5c, resto de 5d Figs. A.4, A.7, A.9, A.14
5.d.5 Comparaciones con referencias	La actividad de colaboración y comparaciones externas es muy intensa y supone un aprendizaje y una aportación del Servicio a otras entidades (figuras A.7, A.8 y A.9). Se ofrece la posibilidad a los trabajadores de visitar otros centros y recursos extrahospitalarios de la Comunidad y de fuera para conocer otros sistemas de trabajo. 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, con fondos propios, recursos asistenciales de otras CCAA.	1c.2, 2b.2 Figuras A.7, A.8 y A.9
<i>Comparaciones</i>		
5.d.6 Proceso de gestión del Servicio	La gestión del Servicio se apoya en la gestión de calidad, que comienza con la realización de la autoevaluación EFQM, punto inicial de análisis objetivo de la situación para estructurar las iniciativas de mejora de calidad y los métodos de evaluación de resultados.	
<i>Protocolo de Coordinación</i>	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 con quienes establecemos relaciones de intercambio de información y aprendizaje común. En 2014 se ha elaborado un Protocolo de Coordinación /Continuidad de cuidados en el que se detallan todas las actividades de coordinación.	4a.1 Figura A.4
5.d.7 Innovación y mejora de los servicios	Existen una serie de mecanismos para detectar y gestionar las oportunidades de innovación y mejora de los procesos, particularmente los asistenciales (5a.4). Esto se ha centrado en los últimos años en varios aspectos, entre los que destacan: 1) desarrollar y estandarizar el programa de atención ambulatoria (Línea 5, Plan estratégico), con la creación de programas pioneros específicos de atención a pacientes con determinadas necesidades (AMITEA, PIENSA, ATraPA, genética y salud mental, etc). La evaluación de estos programas ha mostrado mejores resultados que la atención previa. 2) desarrollo de protocolos concretos a medida que se detecta su necesidad. Ejemplos recientes: <i>Protocolo de actuación en la atención de menores con padres separados o divorciados y patria potestad compartida, guías terapéuticas para primeros episodios psicóticos y trastorno obsesivo-compulsivo</i> . Estas mejoras son referencias pioneras que se han publicado y de cuyos programas se ha registrado la propiedad intelectual. 3) la mejora de la Unidad de Hospitalización orientada a facilitar el tratamiento y la vida de los pacientes ingresados. Se incluyen detalles en las figuras A.10, A.11 y A.14 .	5a.4 Figuras A.10, A.11 y A.14.
<i>Mejoras, nuevos programas, resultados</i>		
5.d.8 Investigación y docencia	Junto al proceso de gestión del Servicio hay dos líneas de referencia: la investigación y la docencia. Investigación. Se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas, traslacionales y básicas, muchas en colaboración con centros nacionales e internacionales (fig. A.9). Todas se presentan al Comité de Ética e Investigación Clínica. La participación en los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Los ensayos clínicos con menores se comunican a la Fiscalía de Menores y a las Agencias Española y Europea de Medicamentos. Los resultados han mejorado hasta convertirse en referente internacional y coordinar la investigación en Salud Mental en todo el país. Innovación en procesos de investigación. La investigación está centrada en innovación. Ejemplo de ello es que se estén coordinando ensayos clínicos no comerciales con financiación nacional y de la Comisión Europea y la participación en la iniciativa europea IMI2 coordinando 2 proyectos (ver 5b.1). Programa Docencia. El HGUGM está asociado a la UCM. 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 con otras universidades privadas. El proceso se gestiona desde la Universidad y el Hospital, pero el proceso de rotación y formación de residentes de Psiquiatría se gestiona directamente desde el Servicio. A su llegada se les entrega un dossier informativo sobre aspectos básicos del Servicio, su participación en el trabajo, bibliografía recomendada y aspectos útiles para su formación (accesible también en la web del Servicio). Evaluación. Satisfacción de pacientes, familiares o tutores, profesionales de los centros de menores o de los CSM, satisfacción de trabajadores y satisfacción de los MIR, PIR, EIR y alumnos de Medicina (programa Docencia, de la Oficina de Calidad para la evaluación docente del profesorado de la UCM).	1c.3, 1c.4, 2a.4, 5b.1 Figura A.9 6a.4, 9a
<i>Proceso de investigación. Publicaciones y registros. Programa Docencia</i>		
5.d.9 Continuidad asistencial	La continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes dispositivos sanitarios, entre nuestro Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del HGUGM y Atención Primaria, es un objetivo esencial para nuestro Servicio. Durante 2016 se realizaron 2 reuniones con los Equipos de Atención Primaria (EAP) de área, una con los equipos de	

	<p>Moratalaz y otra con los de Retiro. Con objeto de mejorar esta coordinación, el Grupo de trabajo pluridisciplinar de Relaciones Externas del SEPNA propuso la realización de sesiones de Coordinación entre nuestro Servicio y los EAP, con la asistencia también de profesionales de Servicios Sociales Generales, Educación y miembros del tejido asociativo. Estos espacios de coordinación y comunicación tienen como objeto informar acerca de los procesos asistenciales y los procesos de derivación, de tal manera que se facilite que nuestra potencial población infantil y juvenil y sus familias perciban una continuidad en los cuidados y tratamiento.</p> <p>Estas sesiones se propusieron inicialmente en los distritos de Retiro y Moratalaz. Posteriormente, y ante la buena acogida en estos dos, se organizó otra actividad más a petición del distrito de Vicálvaro. Dicha coordinación se ha consolidado durante 2018.</p>	
5.d.10 Seguridad del paciente	<p>En los últimos años, el Servicio ha promovido e impulsado de manera muy proactiva todos los aspectos de seguridad del paciente.</p> <p>Sesiones de seguridad. Durante 2017 se han realizado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente: 8 sesiones de Seguridad en transmisión de órdenes verbales, 5 sesiones de identificación inequívoca de pacientes, 1 sesión de higiene de manos y 1 sesión de seguridad en Notificaciones CISE Madrid, evaluación de incidentes.</p> <p>Grupo de manejo de violencia. Durante 2017 se ha desarrollado un grupo para mejorar el manejo de situaciones violentas en la planta. El grupo ha tenido 5 sesiones, ha elaborado un protocolo y se han llevado a cabo posteriormente 3 sesiones más para la difusión de las medidas adoptadas.</p> <p>Incidentes de seguridad. Se han comenzado a detectar incidentes de seguridad del paciente y a comunicarse a través de CISE Madrid. Se están analizando los incidentes por un grupo multidisciplinar y llevando a cabo acciones de mejora concretas, de acuerdo a la política de seguridad del paciente del Hospital. El aumento de las notificaciones de los incidentes ha sido exponencial en los últimos 2 años.</p>	
5d.11 Cuestionarios de calidad de vida en grupos o subgrupos de interés clínico con procesos específicos y/o intervenciones diagnósticas - terapéuticas específicas	<p>Durante 2016 se ha realizado en el Programa AMITEA del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente una Encuesta de Calidad de Vida, EuroQoL-5D, a los familiares de los pacientes atendidos, que se ha repetido en 2017. Esta consulta (AMITEA) atiende a personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) de todas las edades, siendo referente a nivel de la Comunidad de Madrid para esta población. Las personas con TEA presentan problemas del neurodesarrollo que se asocian con más probabilidad a otros trastornos psiquiátricos y somáticos, dificultades adaptativas y en el cuidado personal. Seleccionamos por tanto este grupo clínico por la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para esta población. Como área de mejora identificada con este cuestionario, implantamos un proceso nuevo de medición de la sintomatología emocional y conductual y su eficiencia como medidor de cambio tras el tratamiento que se administre (psicológico o psicofarmacológico). En 2017 se identificó como área de mejora la mejoría en la detección del dolor, que entronca con la estrategia de Hospital sin Dolor implantada en el HGUGM.</p>	
5.e.1 Nuestros clientes. Recoger la voz del cliente	<p>Nuestros clientes. Consideramos nuestros clientes directos tanto a los pacientes como a los familiares o tutores. Hemos diseñado métodos de recogida de información adaptados a ambos.</p> <p>Recoger la voz del cliente. Se utilizan métodos cuantitativos y cualitativos para la percepción y la experiencia de sus clientes (5e.3). Estos canales se complementan con comunicación continua con pacientes, familiares y otros G.I. durante el proceso de atención (por ejemplo Asamblea de pacientes o Grupos terapéuticos de padres, reuniones con asociaciones de familiares). Además, mediante la página Web del Servicio se recogen comentarios y solicitudes. Todo esto ha hecho que se hayan producido de forma continua en el Servicio innovaciones, cambios y nuevos programas (figura A.14).</p> <p>Mejorar relaciones con clientes. Para mejorar las relaciones con asociaciones de familiares se desarrolló un plan de mejora que ha supuesto la estructuración y estandarización de envío de información y reuniones periódicas.</p> <p>Grupos focales de pacientes. En el año 2017 se ha consolidado la realización de grupos focales con pacientes del servicio, con el fin de identificar acciones de mejora y conocer su opinión respecto a temas relevantes para ellos. Se ha hecho partícipe a los pacientes en mejorar la identificación inequívoca mediante pulsera identificativa y también aspectos relacionados con mejorar la seguridad durante el ingreso hospitalario. De los grupos focales se han derivado acciones de mejora, como hacer talleres de manualidades para hacer pulseras que cubran los identificadores de ingreso durante las salidas, que se están poniendo en marcha.</p>	2a.1, 5c.1, 5e.3, 6a. Figuras A.3, A.14
5.e.2 Información a los pacientes y familiares	<p>La información a los pacientes es una necesidad constante que abarca los subprocesos de <i>admisión, atención y alta</i>. Las normas del funcionamiento y los horarios de terapias y actividades de la UADO están disponibles en todas las habitaciones. El paciente recibe información sobre su enfermedad y evolución clínica en las entrevistas terapéuticas con el profesional responsable y si es necesario de otros profesionales. Semanalmente se realiza una Asamblea de pacientes con el personal de Enfermería donde éstos expresan quejas y consultas sobre las normas. El acta se lee y sirve como seguimiento de las acciones tomadas. Este procedimiento se instauró por solicitud de los pacientes ingresados. La información a familiares es uno de los factores de calidad asistencial más importante al tratarse de menores. Los familiares o tutores reciben información directa en el momento de la admisión y contacto telefónico diario para mantenerlos informados de los progresos del paciente y contestar a sus dudas y preguntas. Todo está protocolizado y se resume en la figura A.13. Hay posters con la misión, visión y valores y los compromisos de calidad en todos los dispositivos asistenciales del Servicio.</p>	Figura A.13. 6a, 6b.
Mapa de grupos de interés Procesos de prestación de servicios		
5.e.3 Mecanismos de relación e información de los clientes	<p>Información de la satisfacción de los pacientes. Al ser una población menor de edad, es de forma principalmente verbal y en un medio lo más terapéutico posible. Su opinión se obtiene durante las entrevistas médicas y las reuniones de discusión de quejas y sugerencias. La gran ventaja que tiene este método 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 explican dichos motivos. Los profesores del Aula Hospitalaria recogen información directa de los</p>	5b.1, 5c.2, 5e.1, 5e.2 Figuras A.3 y A.13 6a, 6b

<p><i>Encuestas satisfacción familiares</i> <i>Encuestas satisfacción CSM</i> <i>Protocolo de evaluación de satisfacción de usuarios</i> <i>Quejas, sugerencias y felicitaciones</i></p>	<p>pacientes alumnos relacionada con el funcionamiento, sus expectativas y satisfacción con la misma. Información de familiares o tutores de los pacientes. Se han estructurado varios sistemas, algunos específicos del Servicio y otros gestionados desde el Servicio de Atención del Hospital:</p> <p>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 durante el periodo de hospitalización y de forma sistemática a través servicio de atención al paciente. Además, se recogen las felicitaciones por escrito.</p> <p>2) Buzón de sugerencias. Ofrece la posibilidad de dar opiniones de forma anónima que se gestionan de forma centralizada desde el Servicio de Atención al Paciente del Hospital, que recoge la información, la clasifica y hace un informe global con las oportunidades de mejora para la Dirección del Hospital. El SAP informa directamente al responsable del Servicio, 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 directamente.</p> <p>3) Reclamaciones: La reclamaciones oficiales se reciben en el Servicio a través del Servicio de Atención al Paciente del hospital, que las comunica al Jefe de Servicio, quien las despacha con los profesionales implicados y con aquellos otros que puedan aportar información adicional según cada caso (Jefe de Sección, responsables de programas...). El tiempo de respuesta a las reclamaciones establecido como objetivo por el Hospital es de menos de 15 días, objetivo que se ha cumplido todos los años desde que se monitoriza (ver resultados). El Servicio de Atención al Paciente es el encargado de hacer llegar la contestación a aquellos que la interpusieron.</p> <p>Desde 2016, además de por el profesional responsable, las reclamaciones tienen que ir firmadas por el Jefe de Servicio. Las reclamaciones se analizan y, en los casos en los que se considera pertinente, se elaboran desde el grupo de resultados planes de mejora cuya eficacia se mide de manera anual.</p> <p>4) Encuesta de satisfacción de usuarios. Entregada a los familiares o tutores legales de los pacientes ingresados en el alta. Una versión adaptada se entrega a los familiares de los pacientes atendidos en los CSM. El cuestionario es anónimo y auto administrado. 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 simplificada y mejorada, compatible con la anterior. Ambas se han utilizado durante un año para ver la interfiabilidad entre las dos escalas, recogiendo la versión actual aspectos más relevantes que la previa. En 2015 se volvió a modificar tras evaluación de resultados para mejorar la información recogida sobre la actuación de psicología y trabajo social. Desde 2017, en contexto de un proyecto de investigación de enfermería, se pasa una encuesta a pacientes que son tratados en las consultas externas del hospital. Se ha elegido un formato atractivo (tablet) y se han adaptado las opciones de respuesta a los menores. En función de los resultados, se generalizará esta encuesta al resto de la atención ambulatoria.</p> <p>El informe con las puntuaciones de satisfacción 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.</p> <p>La comparación con otros servicios es necesaria para un buen análisis de datos. Hemos promovido el intercambio con un servicio de características muy similares. Se realizan reuniones periódicas en las que se estudian los procesos por los que se han obtenido dichos resultados.</p>	
<p>5.e.4 Humanización de la asistencia</p>	<p>Como parte de los objetivos establecidos para la Humanización de la asistencia, en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en 2016 se desarrolló el programa de terapia asistida con animales "Sonrisas Perrunas". Este programa ha sido autorizado e impulsado desde el Comité de Humanización, desarrollado por la Asociación Perros Azules y financiado por el Colegio de Veterinarios de Madrid. En dichas sesiones han participado un total de 36 pacientes, con una asistencia a una media de 1,94 sesiones cada uno. El Jefe de Servicio está coordinando el libro blanco de la humanización en salud mental con la Fundación Humans. Como muestra del compromiso con la humanización, se ha conseguido facilitar 2 matrículas para que profesionales del Servicio cursen el Máster on-line en Humanización patrocinado por la Fundación Curarte e impartido por la Universidad Europea de Madrid.</p>	

RESULTADOS

INTRODUCCIÓN A LOS RESULTADOS

Ámbito y relevancia. Los resultados que se presentan corresponden a los indicadores que contribuyen a la consecución de la misión y las acciones estratégicas del Servicio, que responden a las necesidades y expectativas de todos sus G.I. Además, tienen una importante proyección hacia el exterior con la firma de numerosos acuerdos de colaboración con otras entidades.

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

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

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

6. RESULTADOS EN LOS CLIENTES

6a- Percepciones

A) SATISFACCIÓN DE USUARIOS.

Al ser nuestros usuarios menores de edad, se evalúa la satisfacción de sus familiares o tutores legales. Desde 2003 se evalúa la satisfacción con la UADO y desde 2017 se ha incorporado también la satisfacción con los CSM. Escala: 1 - 10. Índice de respuesta: en torno al 50%, por lo que consideramos que las puntuaciones son representativas del conjunto (tablas 6.a.1 y 6.a.2).

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

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

Tabla 6.a.1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES UADO

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

Tabla 6.a.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)

Tema de la Pregunta	2017
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	8,44
Competencia profesional de Psiquiatras	9,06
Competencia profesional de Psicólogo	9,08
Competencia profesional de Trabajadora social	8,76
Competencia profesional de Enfermería	8,2
Apoyo y ayuda a los familiares y tutores	8,08
Adecuación en la orientación y derivación	8,38
Puntualidad en las citas	8,08
Adecuación de las condiciones físicas	7,48
Puntuación global CSM	7,98
Media de puntuaciones (Objetivo: 9)	8,35
Índice de respuesta (Objetivo >50%)	51%

B) SATISFACCIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA

Ante la falta de datos de satisfacción de los Centros de Salud Mental Ambulatorios (CSM) que nos derivan pacientes (32 centros en total) y su opinión sobre la idoneidad de la continuidad asistencial actual, a principios del año 2003 se estableció un sistema estructurado de estudio de su satisfacción y expectativas. Se han realizado 7 evaluaciones bianuales (figura 6.a.3). Escala: 1 a 5. Objetivo: $\geq 3,5$.

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

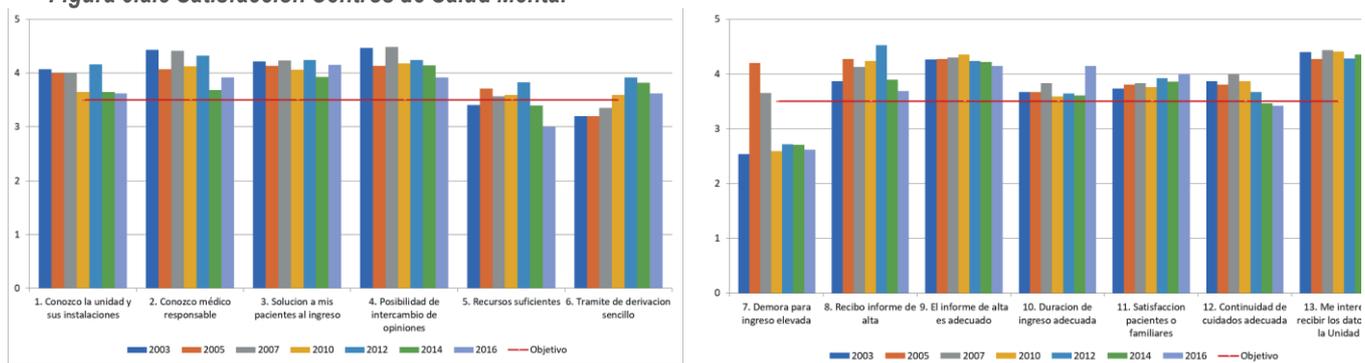
Análisis: Al interpretar los resultados de las 2 últimas encuestas hay que tener en cuenta que la reorganización de la atención en Salud Mental Infantil, con apertura de nuevos CSM y reestructuración de la asistencia (CSMs que han pasado a depender de nuevos hospitales) ha podido modificar las puntuaciones.

En la encuesta de 2016 las puntuaciones más bajas son las relativas a continuidad de cuidados adecuada, recursos suficientes y conocimiento de la UADO y sus instalaciones. En las preguntas abiertas en 2016 destaca: No se reciben los informes de alta, No existen suficientes recursos, Podría mejorarse la continuidad de cuidados. Los resultados de 2018 estarán disponibles a finales del año.

Mejoras: En relación a los resultados de 2016 se incluyen como áreas de mejora: 1) Agilizar el trámite de envío de los informes de alta a los CSM, 2) desarrollar el Protocolo de Continuidad de Cuidados 3) Invitar a profesionales de los CSM a conocer a profesionales e instalaciones del Servicio (Jornada de Puertas Abiertas que ha tenido lugar en 2018).

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

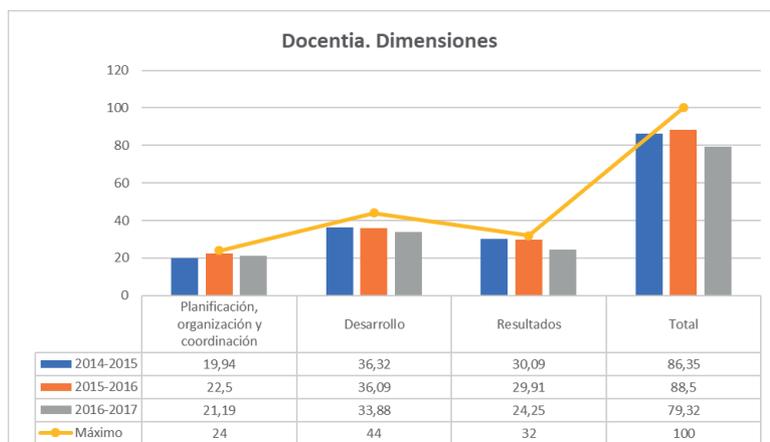
Figura 6.a.3 Satisfacción Centros de Salud Mental



C) PROGRAMA DOCENTIA DE LA UNIVERSIDAD

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

Figura 6.a.4. Satisfacción Alumnos. Programa Docentía.



Análisis: las valoraciones de los alumnos son muy satisfactorias con valores muy cercanos al máximo posible en cada dimensión.

Mejoras: Las principales mejoras que se han realizado a raíz del análisis han sido: mejorar la coordinación entre los profesores de la asignatura mejorando el Calendario de Prácticas, modificar la metodología docente implementando prácticas y exámenes basados en casos reales en los que se pueden hacer consultas en manuales, internet, etc, que favorecen el conocimiento de metodologías de búsqueda de información. Los resultados son los que se muestran en la figura 6.a.4.

D) SATISFACCIÓN DE RESIDENTES

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

Tabla 6.a.5: Resultados de la encuesta a residentes de enfermería (EIR). Tabla 6.a.6: Resultados de residentes de Psiquiatría (MIR) y Psicología (PIR). Índice de respuesta 40,9% en 2014, 55% en 2015, 60% en 2016 y 52,5% en 2017. PM: Puntuación media sobre 10.

Análisis: Las puntuaciones más bajas en 2015 correspondieron a *tutorización/motivación* y *participación docente y asistencial*, resultados que se han mejorado de forma importante en 2016 y 2017. El tiempo de permanencia en la Unidad está establecido en los planes de formación y no es modificable desde el Servicio. En 2017 todos los resultados están por encima de 8 y muchos por encima de 9.

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

Tabla 6a5. ENCUESTA SATISFACCIÓN EIR

Respuestas por categoría	2014	2015	2016	2017
1- Tiempo de permanencia en la Unidad	4,50	3,50	9,64	3,50
2- Pertinencia de actividades asistenciales	6,00	8,50	10,00	8,50
3- Supervisión de tutor docente	9,38	9,50	9,64	8,25
4- Ayuda recibida para alcanzar competencias	8,50	10,00	8,93	8,50
5- Integración en el equipo	8,00	10,00	9,64	8,00
6- Calidad de las actividades formativas del Servicio	8,00	9,75	9,64	7,75
7- Supervisión del tutor del hospital	9,50	10,00	10,00	9,00
8- Valoración global	9,50	10,00	10,00	9,25
9- Pertinencia del rotatorio para completar objetivos docentes	10,00	10,00	8,57	10,00

Objetivo pregunta 1: <5. Objetivo preguntas 2-10: >8

Tabla 6a6. ENCUESTA SATISFACCIÓN MIR/PIR

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

Índice de respuesta: 40,9% en 2014, 55% en 2015, 60% en 2016 y 56,66% en 2017.

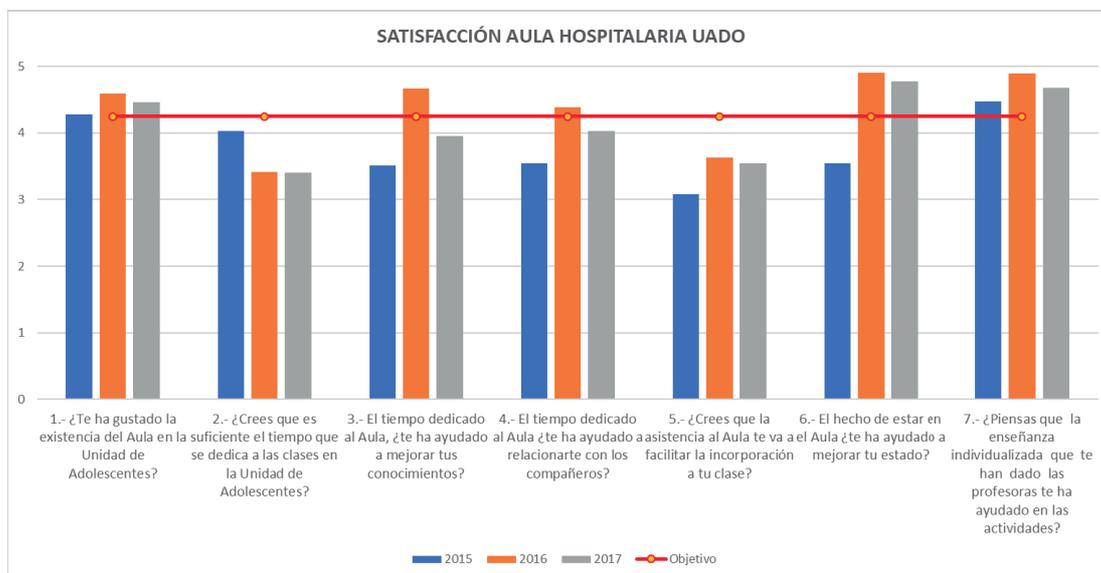
PM: Puntuación media sobre 10. Objetivo: >8.

E) ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AULA HOSPITALARIA UNIDAD DE ADOLESCENTES

Esta encuesta se llevó a cabo por primera vez en 2015, tras haber sido un proyecto de investigación ligado al aula (tabla 6a.7).

Mejoras: Se ha simplificado la encuesta para facilitar la cumplimentación eliminando varias preguntas redundantes o que podían resultar equívocas. Se ha cambiado la puntuación por medias para facilitar la comparativa con otros resultados. Los resultados son muy satisfactorios, superando en la mayoría de los casos el ambicioso objetivo fijado.

Tabla 6.a.7. Satisfacción Aula Hospitalaria UADO.



Además, se valora también concretamente a las profesoras:

Tabla 6.a.8. VALORACIÓN DE LAS PROFESORAS

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

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

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

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

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

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

Figura 6.a.9. Satisfacción Centros de menores con UADO.

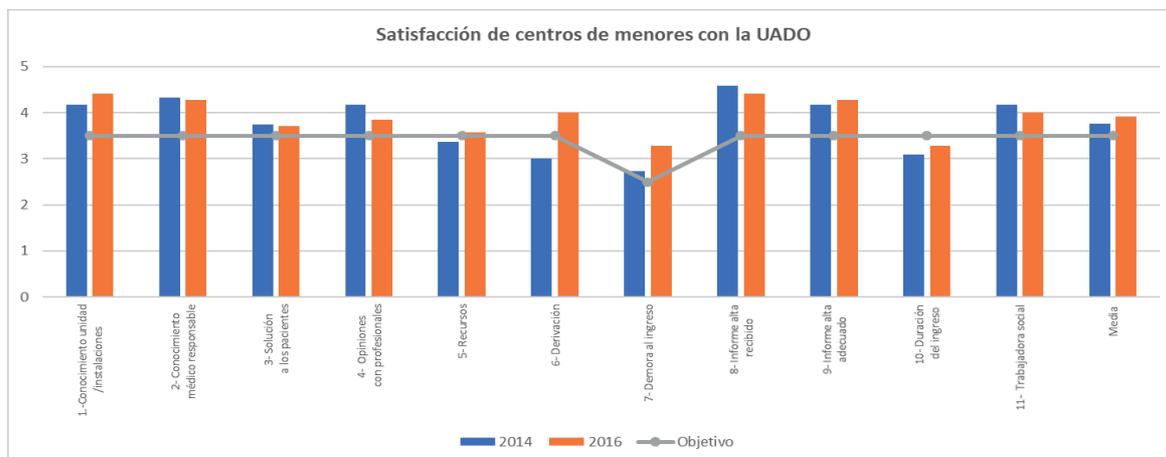
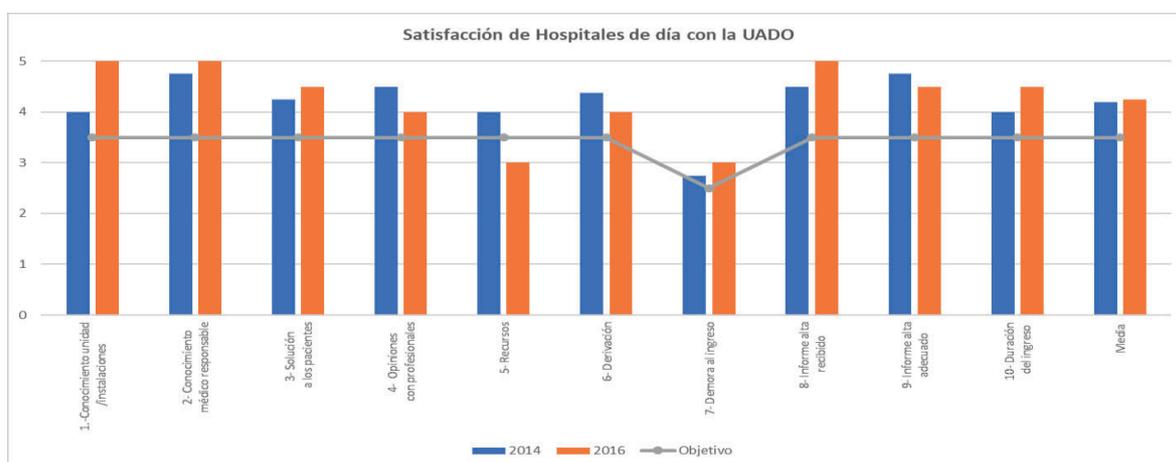


Figura 6.a.10. Satisfacción de Hospitales de día con UADO.



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

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

6b- Indicadores de rendimiento

A) RECLAMACIONES

El tiempo de respuesta ha cumplido el objetivo de menos de 15 días (pacto objetivos). Aunque es el pactado desde la Dirección, en 2017 se ha ajustado a 10 días para optar a la mejora en nuestro proceso, habiéndose respondido el 100% de las reclamaciones en ese plazo. No se comparan datos con otros Servicios del hospital porque, tras analizar la posibilidad, se considera que no añadiría valor dadas las características específicas de la población tratada. Desde 2016 se añadió en el Pacto de Objetivos con la Dirección que las contestaciones fueran firmadas por el Jefe de Servicio y que se realizase el análisis de una de las reclamaciones, habiéndose cumplido ambos objetivos. El objetivo propuesto de % de respuestas en < 15 días es de 95%, alcanzándose en todos los años. Hay que tener en cuenta que el volumen de pacientes y profesionales se ha multiplicado desde la creación del Servicio (tablas 7b.1, 9b.1 y 9b.5), manteniéndose con pocas variaciones el número de reclamaciones. Desde hace 3 años se analiza al menos una reclamación al año para desarrollar e implementar un área de mejora.

Tabla 6.b1. RECLAMACIONES

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº reclamaciones (obj: ≤6)	2	1	3	1	1	2	2	3	0	6	1	5	3	3	6	7
% respuestas en < 15 días	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	NA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

B) DEMANDAS

Durante todo el tiempo que ha estado en funcionamiento el Servicio no se ha recibido ninguna demanda judicial por parte de los familiares de los pacientes, dato muy positivo especialmente teniendo en cuenta las características de la población tratada y el hecho de que otras unidades de psiquiatría del hospital sí que han recibido demandas en este tiempo. Tampoco se ha tenido que indemnizar a pacientes por reclamaciones interpuestas por mala praxis (**Objetivo:** máximo 1 al año, siempre cumplido).

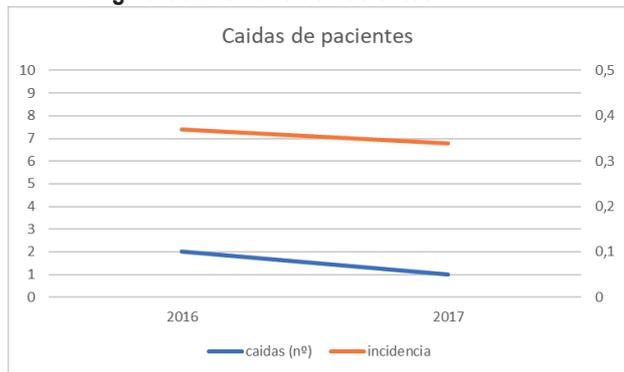
D) REINGRESOS.

Uno de los indicadores de calidad es el número de reingresos. Se evalúa según el tiempo transcurrido desde el alta hasta que vuelve a la Unidad de Hospitalización. Se ha empezado a monitorizar de forma sistemática desde 2015. Desde entonces, el número de reingresos de 0 a 30 días por el mismo grupo relacionado de diagnóstico (GRD) ha descendido progresivamente: 92 reingresos en 2015, 37 reingresos en 2016 y 26 reingresos en 2017.

E) CAIDAS.

Las caídas son un indicador habitual en la medición de la seguridad de los pacientes, aunque en la UADO la incidencia es mínima. Se representa en la siguiente gráfica el nº absoluto de caídas y el factor de incidencia. Todas las caídas se registran y se analizan y, aunque la incidencia es mínima, se ha propuesto como acción preventiva, para aquellos pacientes con retraso en el desarrollo e historia de caídas en el domicilio habilitar en la habitación protección del suelo con colchonetas de relajación para minimizar el daño que puedan sufrir al caer.

Figura 6b.2. Caídas de Pacientes



F) NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD / NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Otro de los aspectos clave para la seguridad de los pacientes es identificar y notificar por parte de nuestro personal, los incidentes de seguridad y/o errores de medicación que se producen. Desde el año 2016 se están potenciando los sistemas de seguridad del paciente, habiéndose creado un grupo de trabajo al efecto que se reúne de manera quincenal. La evolución positiva de los resultados, tanto en nº de notificaciones como en actuaciones y medidas para evitarlos en el futuro, nos muestra el calado de la cultura de seguridad en el Servicio.

Figura 6.b.3. Errores medicación notificados.

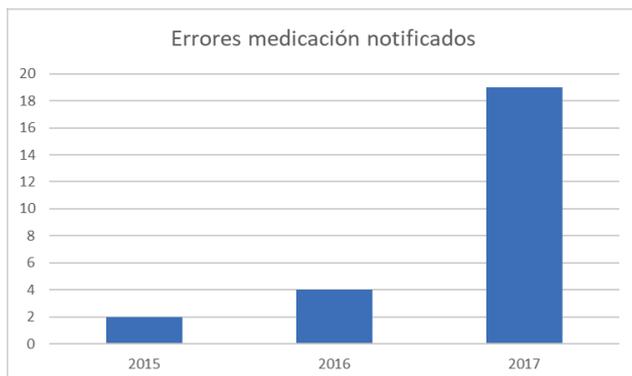
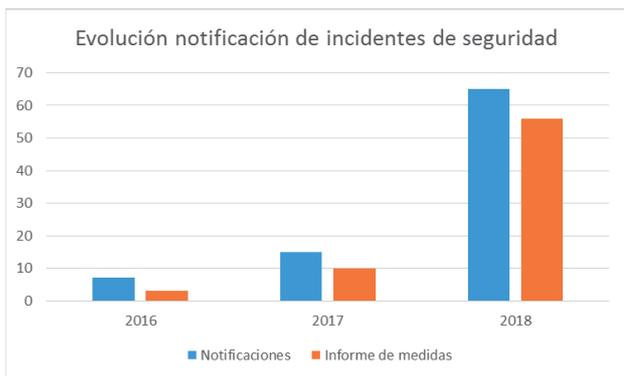


Figura 6.b.4. Evolución notificación incidentes de seguridad



Las principales actuaciones han sido sobre modificaciones en la prescripción electrónica para minimizar el riesgo en caso de error de dosificación, estableciéndose como norma la preparación por pares de la medicación, y formar a más del 95% de los profesionales de la UADO en el protocolo de identificación inequívoca del paciente. En relación a los incidentes de seguridad, se han ido tomando medidas correctoras, tanto individuales como agrupadas, que han llevado a cambios importantes en el funcionamiento como el desarrollo de un Protocolo de reducción de fugas desde la urgencia o la modificación del mobiliario en la Unidad de hospitalización.

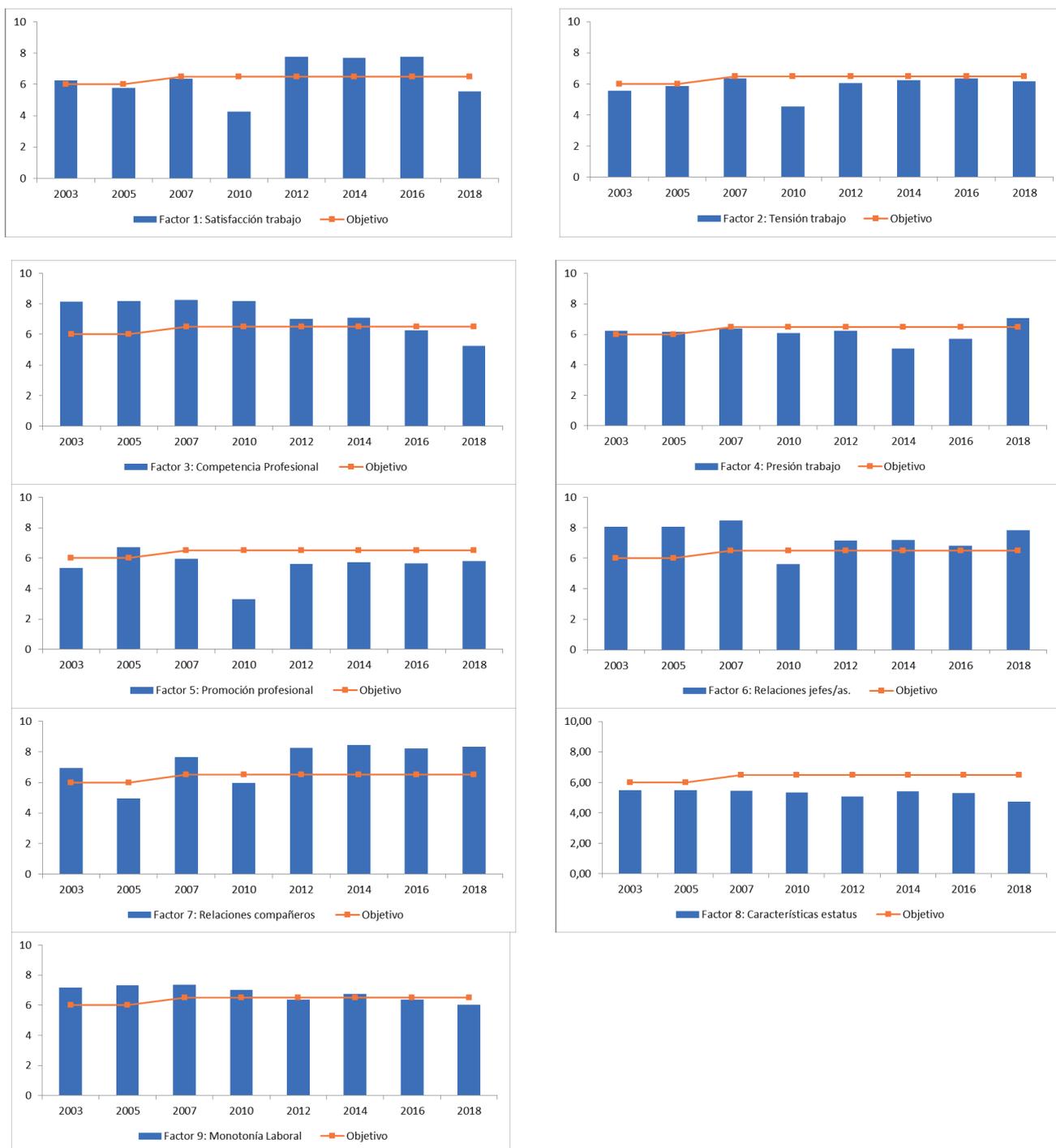
7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS

7a. Percepciones

A) CLIMA LABORAL (FONT ROJA).

En el año 2003, el Jefe de Servicio plantea la necesidad de contar con un sistema objetivo y anónimo de evaluación de la satisfacción de los profesionales. Tras un estudio, se eligió un cuestionario validado utilizado en otras unidades de hospitalización y se definió un protocolo de evaluación. Desde entonces se han realizado 8 evaluaciones bianuales, con alta participación (en 2018, la participación ha sido del 57,69%).

Figura 7.a1 Clima laboral



Análisis: resultados agrupados por factores Escala: 1 – 10. Objetivo: puntuación media de todos los factores $\geq 6,5$; la media **Acciones.** En función de los resultados, se identificaron las áreas de mejora y se creó un grupo de trabajo formado por 5 miembros voluntarios. Entre las acciones llevadas a cabo hasta la fecha destacan:

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

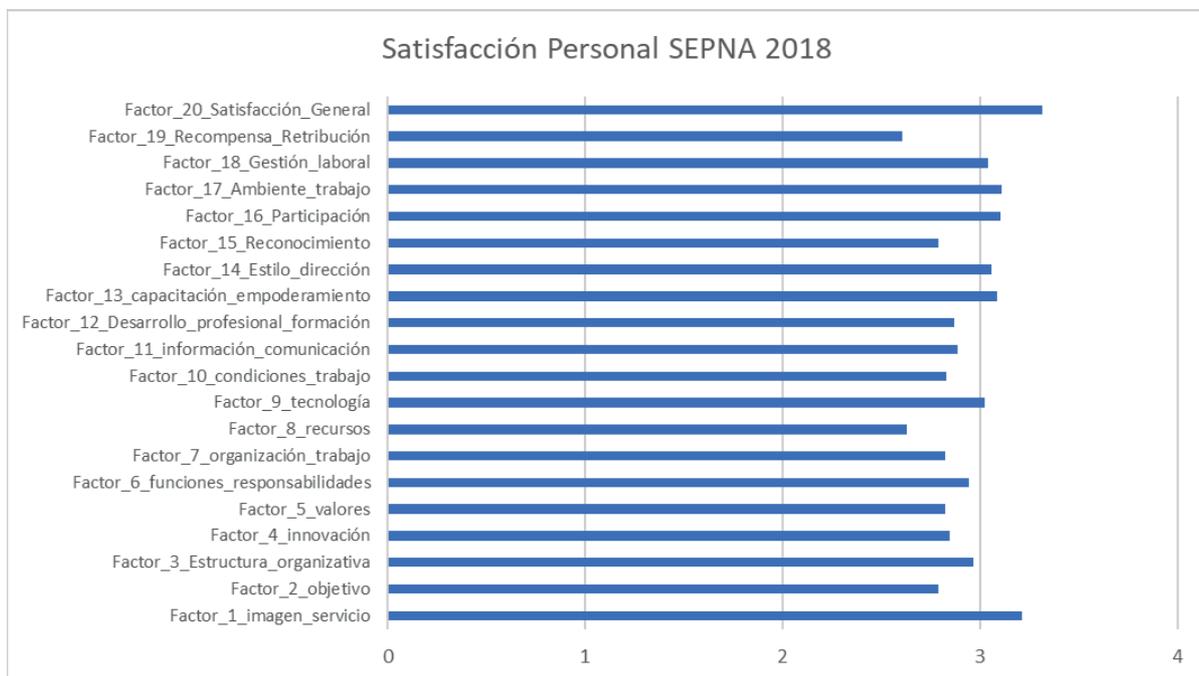
En relación a las acciones de mejora, en 2016 han mejorado las puntuaciones de tensión en el trabajo, presión en el trabajo y satisfacción en el trabajo (factores 1,2 y 4). Las mejoras en la satisfacción con el trabajo y las relaciones interpersonales (factores 1 y 7), incluso en la tensión relacionada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

En 2018, los factores de relación con los jefes/as, la presión del trabajo, y la relación con los compañeros se han mejorado respecto a 2016. La encuesta de 2018 se ha realizado en el verano, por lo que se está actualmente diseñando acciones de mejora a raíz de su análisis.

B) ENCUESTA SATISFACCIÓN PERSONAL - COMPARATIVA CON HOSPITAL.

Además de la encuesta de clima laboral bianual, este año 2018 hemos realizado también la encuesta de personal que ha empezado a utilizar el Hospital, con la idea de compararnos y poder analizar más áreas de mejora. La encuesta consta de 20 factores y la media obtenida de nuestro servicio ha sido de 2,94 sobre 4. Los datos se segmentan por colectivo y por tipo de pregunta incluida en cada factor. Los resultados son los siguientes (los datos de comparación todavía no están disponibles porque dependemos de la ejecución de la encuesta del Hospital que está previsto realizar octubre/noviembre):

Figura 7.a2. Satisfacción Personal



C) ENCUESTA SATISFACCIÓN CON LAS SESIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO.

Desde 2016, debido a la falta de datos de satisfacción en este sentido recogidos de manera sistemática, se comenzó a realizar un cuestionario de satisfacción con las Sesiones Clínicas del Servicio, Figura 7.a.3. escala: 1– 10. Para mejorar la puntuación relativa a Información previa sobre la actividad docente se ha elaborado un calendario semestral que se envía a todo el Servicio mediante el list-server y que se recuerda en las reuniones semanales. La tendencia de los resultados es positiva y se supera en la mayoría de los casos el objetivo propuesto de 8,5.

Figura 7.a.3. Satisfacción con las Sesiones Clínicas del Servicio



7b. Indicadores de rendimiento

A) PLANTILLA.

Ha aumentado significativamente desde su creación. Además de los trabajadores con funciones asistenciales hay 31 personas contratadas a cargo de investigación. Las mujeres suponen un porcentaje bastante superior al 50% (de hecho en torno al 90%), siendo mujeres las responsables de la mayoría de los puestos de dirección o coordinación.

Tabla 7.b1. EVOLUCIÓN DEL PERSONAL

	2003	2007	2010	2015	2017	2018
Nº de trabajadores	34	47	54	97	99	107

B) FORMACIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

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

Tabla 7b.2. NÚMERO DE CURSOS DE FORMACIÓN RECIBIDOS POR PROFESIÓN

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

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

Tabla 7b.3. PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	A*	B*	2016	A*	B*	2017	A*	B*
Publicaciones científicas	34	18	13	25	20	56	45	48	24	11	44	24	5	45	33	12
Capítulos de libros	4	1	4	3	1	7	15	12	16	26	12	2	5	7	0	3
Comunicaciones y posters	38	42	77	114	46	124	101	117	--	--	102	46	14	58	27	12

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

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

Docencia. En el Servicio se ha impartido un curso de doctorado con el título "Psiquiatría Infanto-Juvenil" dentro del programa de neurociencias de la UCM. Desde el cambio de planes de formación universitaria, se mantiene la docencia a alumnos de 5º y 6º de Medicina, alumnos de psicología y de enfermería. Además, 7 alumnos de Medicina han realizado el trabajo de investigación de fin de sexto de medicina en el Servicio. Desde 2013-14 se imparte la asignatura de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Máster Interuniversitario de Introducción a la Investigación en Salud Mental (<https://aulavirtual.unican.es/>). Este Máster, coordinado por el

CIBERSAM, del que el Jefe de Servicio ha sido Director Científico, ha contado con 21 alumnos. El Jefe de Servicio imparte clases también en el Máster de Neurociencias de la UCM. Desde el curso 2018-2019 también se inicia docencia en el Máster en Humanización de la Atención Sanitaria en la Universidad Europea de Madrid. Se han impartido además otros Máster Universitarios por trabajadores del Servicio, uno de Investigación y otros de Psiquiatría Infanto-juvenil y de Atención Temprana. Los trabajadores del Servicio participan también como docentes en distintos cursos externos. Además de ponencias y cursos realizados por otras organizaciones, se han organizado cursos en el Servicio, al menos uno cada año, considerados muy relevantes en la CM, y cursos de verano de la UCM en El Escorial hasta hace 2 años. Algunos profesionales participan como coordinadores de cursos externos. Desde 2004, los psiquiatras del Servicio actúan como tutores de prácticas de estudiantes de psicología.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Obj.
<i>Psiquiatras</i>	9	10	23	38	11	34	50	48	51	88	
<i>Psicología</i>	1	4	14	14	17	33	21	12	10	33	
<i>Enfermería, Trabajo Social y Terapia ocupacional</i>	9	8	10	5	2	3	2	4	2	5	
Total	19	22	47	57	30	70	73	64	63	126	>30

C) PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS

La participación se ha mantenido muy alta. La disminución en la misma en el último año puede tener relación con que se pasaron a la vez 2 cuestionarios para ver comparabilidad de los mismos, por lo que en esa ocasión aumentó sensiblemente el tiempo necesario para la cumplimentación.

	2003	2005	2007	2010	2012	2014	2016	2018	Obj.
<i>% de participación</i>	97	68,6	76,5	76,9	70,4	74,7	72,1	57,69	≥ 60

D) ABSENTISMO, ROTACIÓN, SEGURIDAD

Tras el aumento en 2012 y 2013 debido a tres largas bajas por enfermedad, se ha estabilizado y disminuido desde 2015. El objetivo desde el año 2015 se cumple ampliamente y los índices de accidentes y tasa de absentismo son muy bajo actualmente.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	Obj.
<i>Tasa accidente de trabajo (%)</i>	2,6	3,4	4,8	10,0	21,4	5	1,2	1,9	1,4	≤ 5
<i>Días de baja por accidente laboral</i>	58	75	9	4	98	73	22	287	30	< año anterior
<i>Tasa absentismo y enfermedad (%)</i>	59,4	38,60	31,2	17,1	2,4	7,3	2,42 (*)	3,25 (**)	2,3	< año anterior

8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Entendemos que el Servicio, 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.

8a. Percepciones

A) RECONOCIMIENTOS y COMPARACIONES

La difusión del trabajo llevado a cabo en el Servicio ha sido objeto de reconocimientos externos. A efectos comparativos es especialmente importante resaltar que nuestro Servicio ha sido **el mejor clasificado de España en 2014, 2015, 2016 y 2017** en la encuesta de satisfacción del **Monitor de Reputación Sanitaria**, elaborado a partir de las percepciones de profesionales de todo el país, que obtiene información de: especialistas en psiquiatría del país, enfermería, asociaciones de familiares y periodistas de salud y análisis de indicadores estructurales, de actividad asistencial, funcionales, de rendimiento y de calidad asistencial. También ha sido **el mejor a nivel nacional en 2015 y 2017** según el **Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH)**, el primero elaborado por el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada mediante encuestas a casi 2.000 profesionales sanitarios. A esto hay que sumar el reconocimiento **EFQM +500** obtenido en **2015**, el **Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL de 2016**, el premio **Best in Class** al Mejor Servicio de Psiquiatría en **2017** y el **Premio Iberoamericano de Calidad Galardón Oro**, de **2017**.

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

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

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

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

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

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

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

Información orientada a la sociedad en general. En la web se proporciona información general sobre patología mental y sobre recursos disponibles. Además, se reciben a través del correo electrónico preguntas de familiares de menores con patología mental que no son clientes del Servicio por pertenecer a otras áreas sanitarias o comunidades autónomas que se responden en un plazo inferior a una semana.

Figura 8.a.1. Visitantes a la web

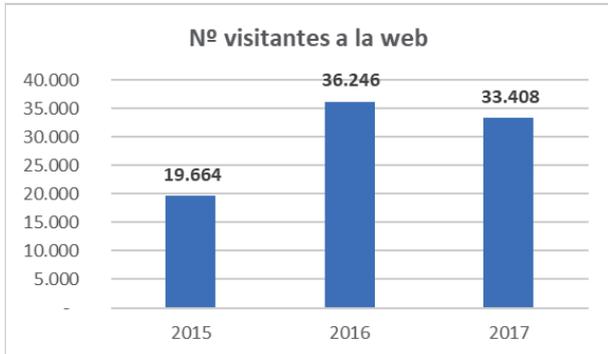


Figura 8a. 2. Nº páginas vistas

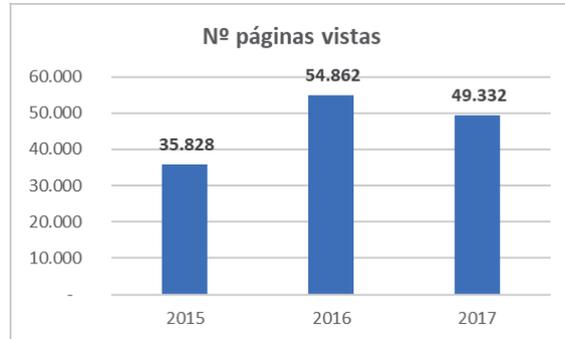
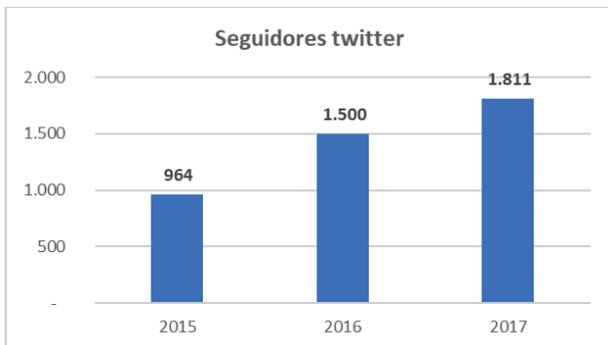


Figura 8.a.3. Seguidores twitter



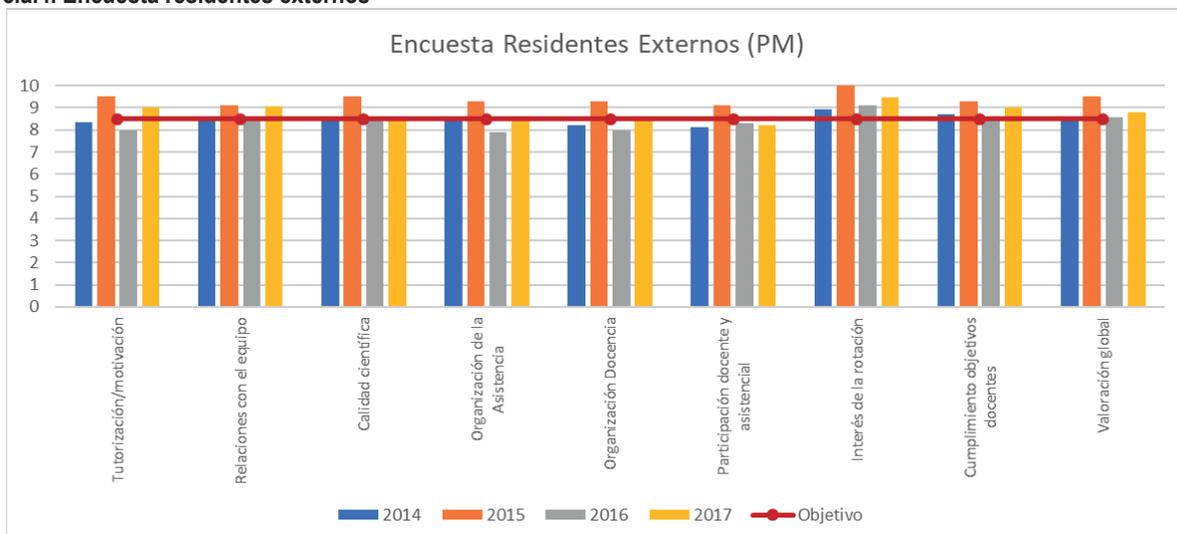
Tanto los visitantes a nuestra web como el nº de páginas vistas ofrecen unos resultados de alto impacto social, superando los 30.000 visitantes y las 50.000 páginas vistas anualmente. En cuanto a seguidores en twitter, el número ha ido creciendo año a año de manera importante, superando los 2.100 seguidores en 2018.

D) COLABORACIÓN CON EL DESARROLLO DE OTROS SERVICIOS SIMILARES

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

Se contribuye a desarrollar otros Servicios mediante la formación a residentes externos. Se incluye la encuesta de satisfacción al respecto. Se observa que las tendencias son positivas en los últimos años y se supera el objetivo en la mayoría de los aspectos evaluados.

Figura 8.a.4. Encuesta residentes externos



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

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

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

F) DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO CLÍNICO

La cantidad de investigaciones y publicaciones científicas realizadas en el Servicio es ejemplo claro de la repercusión del mismo en la sociedad científica y en la difusión del conocimiento hacia la sociedad. Muchas han dado lugar a guías clínicas y terapéuticas que mejoran los procesos asistenciales. La innovación del Servicio se traslada a mejoras asistenciales de la sociedad. Ejemplo: creación de una Unidad de Atención Médica Integral (AMITEA), de un programa psicoterapéutico para adolescentes con psicosis y sus familiares (PIENSA) o de un programa de atención a adolescentes con riesgo de suicidio y sus familiares (ATraPA) pioneras en España. Ya hemos sido invitados a presentar estas iniciativas en varias CCAA y departamentos de psiquiatría internacionales (UCSF, KCL, etc) para exportarlas. Se organizan también sesiones clínicas acreditadas por la Consejería y no menos de tres cursos más anuales acreditados para la difusión del conocimiento en el ámbito clínico (compromiso recogido en la Carta de Servicios).

G) COLABORACIÓN CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Varios profesionales del Servicio forman parte de juntas directivas de sociedades científicas nacionales e internacionales como la Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, la Asociación Española de Profesionales de Autismo, European College of Neuropsychopharmacology, International Society for Schizophrenia Research, etc. Algunos profesionales son Presidentes de dichas sociedades.

H) COLABORACIÓN CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA

El Servicio ha tenido una productividad creciente con los años y en la actualidad publica casi un artículo a la semana de promedio en revistas científicas del más alto impacto (Nature, Nature Genetics, Molecular Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, European Child and Adolescent Psychiatry). Sus profesionales forman parte de más de 15 comités editoriales de revistas de psiquiatría y salud mental.

I) COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

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

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

El Servicio intenta dar respuesta a las solicitudes de colaboración que recibe de organizaciones de distinto tipo, siempre que redunden en un beneficio para la sociedad. Se muestran los ejemplos más representativos.

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

8b. Indicadores de rendimiento

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

Apariciones de los profesionales en medios de comunicación registrados por el gabinete de prensa del Hospital. **Comparaciones** con **A**: Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínic; **B**: Hospital Niño Jesús. En **2015**: A: 15, B: 14; en **2016**: A: 4, B: 6. En **2017**: A: 4, B: 14.

Tabla 8.b1 APARICIONES EN MEDIOS

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

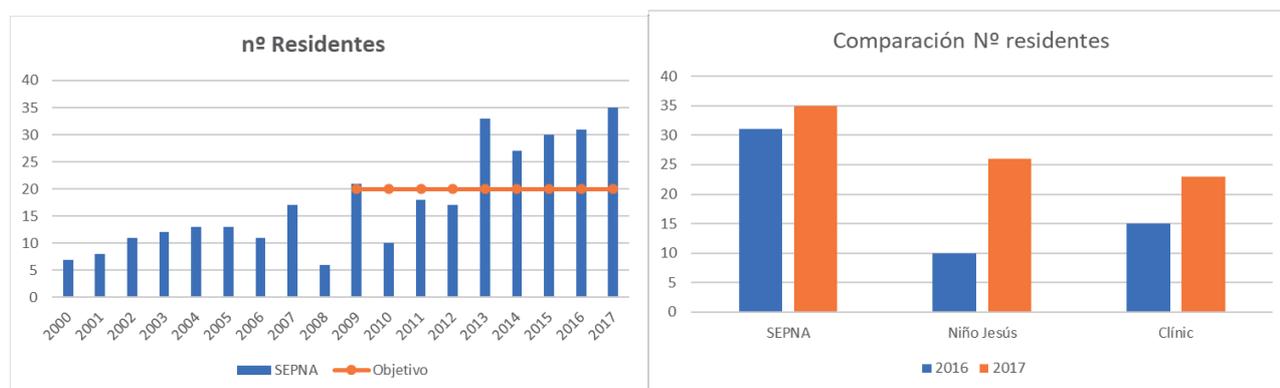
B) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN EN LA PÁGINA WEB DEL SERVICIO Y MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

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

C) COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Se recogen datos sobre la solicitud de plazas de rotación (figura 3.2.1) y los acuerdos establecidos con distintas organizaciones. Junto con la formación de estudiantes y residentes, se han establecido acuerdos de formación en autismo para pediatras y médicos de atención primaria. Estos profesionales provienen de sitios tan diversos como de Reino Unido, Holanda, Alemania, Venezuela, Colombia, Italia, Uruguay y de casi todas las CCAA de España. En la Figura 8.b2 se muestra la evolución en los últimos 17 años y la comparación con el Niño Jesús y el Clínic durante los 2 últimos años. Se puede apreciar la diferencia entre nuestro Servicio y estos 2 hospitales.

Figura 8.b2 Número de residentes que rotan en SEPNA por año



E) RESPETO AL MEDIO AMBIENTE

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

9. RESULTADOS CLAVE

9a. Resultados clave de la actividad

Los resultados clave de rendimiento de la organización se evalúan principalmente mediante el cumplimiento de los objetivos del Plan estratégico, aunque hay otros indicadores no pactados que se evalúan periódicamente. Debido al cambio de Gerencia y de Equipo Directivo del HGUGM, en 2016 se pactaron nuevos objetivos con la Gerencia. Estos objetivos son distintos a los que se habían pactado en años previos. Por tanto, para favorecer la claridad en la exposición, se reportan en tablas los resultados previos, para los que existen tendencias, incluyéndose en el Anexo una tabla con todos los resultados pactados con la Dirección en 2016 y otra con los pactados en 2017 (tablas A.1 y A.2).

ACTIVIDAD E INTEGRACIÓN CON EL ÁREA.

Los objetivos pactados se han mantenido desde la Dirección del Hospital desde 2011 a 2015 (tabla 9a.1). En 2016 se incluyeron como nuevos objetivos: IEMA: ≤ 1 respecto al año previo. Para contextualizar el IEMA en relación a la complejidad, se reporta el EMAF. Se pactó el desarrollo de 5 protocolos conjuntos con el área hasta 2015, desarrollándose todos. Comparaciones con **A**: Hospital Clinic. **B**: Hospital Niño Jesús. * Datos de la UADO y el Hospital Infantil.

Tabla 9a.1 RESULTADOS EN CANTIDAD- ACTIVIDAD E INTEGRACIÓN CON EL ÁREA

Objetivo		Pactado	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Servicio médico	Pacientes ingresados	270	387	327	374	371	417	418	403*
	Estancias (días)	4.000	4.447	4.421	5.418	5.819	5.823	5.440	5.654*
	Estancia media (días)	15,5	11,49	15,11	14,49	15,6	13,96	13,01	14,66*
	IEMA depurado	≤ 1 respecto al año previo	-	-	-	-	-	1,04	1,10
	EMAF depurado	>EM norma						20,13 (>12,75)	21,04 (>12,76)

DOCENCIA

Tanto los objetivos pactados como los resultados se mantuvieron entre 2011 y 2015 a pesar del incremento en la demanda y la gravedad de los pacientes. En 2016 se incluyeron como objetivos además de los previos: 1) Acreditar las Sesiones clínicas y bibliográficas; 2) Realización de las entrevistas de los residentes en el formato adecuado; 3) Adaptación del itinerario formativo a los requisitos de la Comisión y 4) Formar al 75% de los facultativos (FEAS) en higiene de manos. Todos estos objetivos se cumplieron (tabla 9a.2).

Tabla 9a.2 RESULTADOS EN DOCENCIA

Objetivos	Pactado	2011-2016	2017
Nº Sesiones clínicas al mes	2	4	4
Otras sesiones al mes: bibliográficas, mortalidad, anatomopatológicas	2	2	2
Participación en sesiones clínicas generales (nº)	5	5	5
Docencia de Pregrado: asignatura	1 (Psiquiatría)	2	2
Nº cursos organización /participación en programas de doctorado o Máster	1/3	1/3	3/3
Nº cursos de formación continua en la CAM	12	Tabla 7.b.2	Tabla 7.b.2
Acreditar las sesiones clínicas y bibliográficas			Cumplido
Realización de las entrevistas de los residentes en el formato adecuado			Cumplido
Adaptación del itinerario formativo a los requisitos de la Comisión			Cumplido
Formar al 75% de los facultativos (FEAS) en higiene de manos			Cumplido

INVESTIGACIÓN

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

Tabla 9a.3 POSICIONAMIENTO EN PRODUCCIÓN CIENTÍFICA en la memoria de investigación del Hospital

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

COLABORACIONES CON ORGANIZACIONES INTERNACIONALES.

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

FINANCIACIÓN

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

Tabla 9a.4 FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (cifras en €)

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

Proyecto	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Becas FIS y Prytos europeos	261.380	2.912.170	998.319	886.688	1.221.726	660.296	626.340
CIBERSAM	97.272	44.500		17.750	17.750		50.280
NARSAD							
Astra- Zeneca							
Fundación Alicia Koplowitz	37.475	87.187	96.044	134.533	73.234	33.333	
RETICS							
Comunidad de Madrid		156.400		155.250	155.250	151.780	233.557
Mutua Madrileña	14.700	11.025					
AEMPS							
EGRIS							22.500
E.C. Janssen	8.800	8.800					
UE	526.116			740.703		532.158	313.333
ACADIA Pharmaceutals							78.572
Fundación Familia Alonso							160.000
Fundació Marató	48.660	48.660					
Otsuka	17.600						
Lundbeck							31.608
F.Horman- La Roche	49.847	76.664		28.611			
Eulast				11.256		47.412	
NIMH				1.515	10.116,46	7.823,87	8.271
Fundación Orange				7.046			
MSSSI				41.000	41.000		
TOTAL	1.061.850	3.345.406	1.094.363	1.110.650	1.519.576	1.432.802	1.566.189

El Objetivo de financiación se fija en 1M€/año, que se alcanza todos los años. Se potencia también la participación de becarios en los programas. En este momento hay contratadas 31 personas dedicadas a proyectos de investigación exclusivamente.

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 diez proyectos europeos en funcionamiento. Somos el grupo de investigación de la CM con un mayor número de proyectos europeos.

Tabla 9a.5 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN (P: objetivo pactado)

Objetivo	P	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Proyectos de investigación subvencionados por instituciones o agencias (n°)	4	29	21	35	32	35	25	35
Convenios de investigación con empresas privadas (n°)	3	8	10	12	9	11	4	6
Ensayos clínicos / año	3	7	22	8	14	3	9	5
Conferencias, ponencias, mesas redondas, etc. /año	20	33	41	43	45	47	39	66
Publicaciones / año	10	25	21	35	45	48	44	45
Comunicaciones científicas / año	10	33	10	16	56	60	55	29
Tesis doctorales en realización o presentadas y leídas	2	4	7	2	14	15	16	15

Destacamos que la investigación puntera llevada a cabo se traduce en que disponemos y evaluamos las últimas técnicas de tratamiento. Entre otros logros, hemos sido el primer grupo a nivel mundial en hacer un ensayo clínico aleatorizado entre dos antipsicóticos de segunda generación con población adolescente, el primero en realizar un ensayo clínico en autismo utilizando un biomarcador como variable principal o el primero en probar un nuevo fármaco para primeros episodios psicóticos en la adolescencia. Todos estos proyectos se han llevado a cabo con fondos públicos y privados competitivos. Los objetivos de investigación pactados con el Hospital y los resultados obtenidos se incluyen en la tabla 9a.5 En 2016 se incluyeron 1) publicar al menos 20 publicaciones científicas internacionales y 2) tener activos al menos 10 proyectos de investigación, cumpliéndose ambos en 2016 y 2017.

9b. Indicadores clave de rendimiento de la actividad

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

Tabla 9b.1 DATOS ESTANCIAS UNIDAD HOSPITALIZACIÓN ADOLESCENTES

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	A	B	2016	A	B	2017	A	B
Nº de estancias	3.565	3.406	4.558	4.509	4.447	4.421	5.418	5.819	5.823	6.430	10.514	5.440	6.840	10.684	5.654	7.190	10.684
Estancia media	12,42	11,95	13,61	12,74	11,49	15,11	14,49	15,6	13,96	21,8	23,84	13,01	18,24	22,54	15,0	20,25	22,91
Índice de ocupación	0,488	0,465	0,624	0,618	0,609	0,62	0,83	0,898	0,85	0,98	0,929	0,78	0,85	0,94	0,87	0,92	0,95
NÚMERO DE INGRESOS																	
Número de ingresos	287	285	335	354	387	327	374	371	417	291	441	418	396	474	377	355	486
% Ingresos urgentes	72,12	69,12	69,25	69,49	79,07	75,23	74,87	70,88	77,93	41,2	95,9	72,4	49,6	46,41	74,0	48,16	ND

INGRESOS. Los datos de ingreso y sus tipos se monitorizan para conocer la carga asistencial del Servicio. Hay un aumento significativo en los últimos años y un descenso progresivo en el porcentaje de ingresos urgentes frente a los programados (tabla 9b.1).

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

Los datos referidos en la tabla 9.b.1. se refieren solo a los ingresos en UADO (entre 12 y 17 años). Desde 2016 se han empezado a realizar ingresos en camas de psiquiatría en el Hospital Materno Infantil de pacientes menores de 12 años y/o en espera de camas en UADO. Los resultados son los siguientes, donde se observa la tendencia positiva año a año:

NÚMERO DE INGRESOS INFANTIL

	2016	2017	2018 (1º semestre)
Nº de ingresos	6	26	34

DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA

Es un indicador de calidad de la documentación clínica. El objetivo es tener tantos diagnósticos codificados como sean necesarios. **Ninguno de los años** un paciente ha sido dado de alta sin diagnóstico. Desde 2004 a 2010 aumentó el porcentaje de pacientes con varios diagnósticos y disminuyó el de pacientes con un solo diagnóstico. Desde 2011 el hospital solo proporciona datos relativos a media de diagnósticos, que también ha ido aumentando progresivamente. Comparación **A:** H. Clinic. **B:** H. Niño Jesús.

Tabla 9b.2 MEDIA DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS AL ALTA

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	A*	B*
Media diagnósticos	2,13	2,43	3,02	3,06	3,24	3,25	3,67	-	3,92	4,85	4,94	5,32	5,32	-		3,04

INTENTOS DE SUICIDIO

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

CONTENCIONES MECÁNICAS

Se registran desde 2003. Se presentan desde 2007. Se ha experimentado una bajada en el momento posterior a abrirse la terraza y posteriormente tras la implementación de medidas del grupo de trabajo en violencia. Se observa una creciente disminución en nº de contenciones y en número de pacientes afectados. * datos hasta septiembre.

Tabla 9b.4. CONTENCIONES MECÁNICAS. (* 2018. Datos enero-junio)												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Nº de eventos	108	122	92	110	13	202	306	382	519	270	260	64
Nº de pacientes	50	46	66	64	6	75	80	105	97	110	81	31

CONSULTAS EXTERNAS

Se contabilizan distintos evaluadores como: el número de pacientes atendidos, revisiones, nuevo, ratio nuevos/revisiones, lista de espera. En estos últimos años se ha incrementado sustancialmente el número de pacientes atendidos con un aumento muy notable del número de casos nuevos, que es casi 20 veces superior al del año 2008. Ha disminuido el índice de nuevos y revisiones lo que es otro parámetro de calidad (tabla 9b.5). Comparaciones: A: H. Clínic; B: H. Niño Jesús.

Tabla 9b.5 CONSULTAS EXTERNAS															
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	A	B	2016	A	B	2017	A	B
Pacientes atendidos	2.229	4.010	6.363	10.262	13.887	14.415	14.082	15.725	5.951	15.599	3.904	6.976	14.389	1.815	6.840
Pacientes nuevos	362	565	783	1.202	2.267	2.322	1.486	719	1.209	2.600	230	1.154	2.520	592	1.259
Revisiones	1.867	3.445	5.580	9.060	11.620	12.093	12.596	15.006	4.742	12.899	3.674	1.822	11.869	13.026	5.481
Ind. rev/nuevo	5,16	6,09	7,12	7,54	5,13	520	5,77	20,87	3,92	5,56	20,87	5,05	5,45	22	4,42

*dato relativo a las consultas de adolescentes

COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA

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

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

IISGM: comparación de varios datos de productividad científica por año con otros grupos del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). El Servicio se posiciona entre los 6 primeros de los grupos IISGM (53 grupos). Ref.: archivo "Comparación con otros servicios de IISGM.xlsx. Se incluyen datos comparativos en el año 2017.

Tabla 9b.7		DATOS DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA DEL SERVICIO									
Año	Pr	GC	T	Pa	PP	PC	PPD	PPC	Total P	Total P FI	
2010	25	0	1	0	-	-	-	5	17	56,39	
2011	18	0	0	0	18	14	10	11	32	136,81	
2012	20	1	1	0	14	5	5	14	20	82,01	
2013	25	3	2	0	14	15	13	24	29	142,10	
2014	33	2	3	0	8	23	15	26	31	207,70	
2015	35	1	1	0	6	30	17	27	48	183,138	
2016	25	2	7	0	4	40	15	31	44	192,951	
2017	35	1	3	0	4	41	20	33	45	248,543	
2017 (A)	12	1	1						33		
2017 (B)	3		2						12		

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

A: Clínic; B: Niño Jesús.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAPP	Administraciones Públicas
AEMPS	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
AEPNYA	Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
AMITEA	Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista
AP	Atención Primaria
ATraPA	Acciones para el tratamiento de la personalidad adolescente
CCAA	Comunidades Autónomas
CIBERSAM	Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
CISM	Centro de Investigación en Salud Mental
CM	Comunidad de Madrid
CS	Consejería de Sanidad
CSM	Centros de Salud Mental
DGIFI	Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras
DGFM	Dirección General de la Familia y el Menor
EBC	European Brain Council
ECNP	European College of Neuropsychopharmacology
EMA	European Medicines Agency
ESCAP	European Society of Child and Adolescent Psychiatry
FIBHGM	Fundación para la Investigación Biomédica del HGUGM
G.I.	Grupos de interés
HGUGM	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
DGFM	Dirección General de la Familia y el Menor
IISGM	Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón
LE	Línea Estratégica
SAP	Servicio de Atención al Paciente
SEPNA	Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SIRS	Schizophrenia International Research Society
SNS	Sistema Nacional de Salud
TEA	Trastornos del Espectro Autista
UADO	Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Adolescente
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UMERP	Unidad de Menores en Riesgo Psíquico