



MEMORIA INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA y SALUD MENTAL

Memoria 2019

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Dirección: Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Ibiza 43, 28009, Madrid.

Contenido

INFORMACIÓN CLAVE.....	1
Criterio 1. PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA.....	10
Criterio 2. CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO.....	14
Criterio 3. IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS.....	19
Criterio 4. CREAR VALOR SOSTENIBLE.....	26
Criterio 5. GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y EL RIESGO.....	30
Criterio 6. PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.....	37
Criterio 7. RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO.....	46
SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	52

INFORMACIÓN CLAVE

INFORMACIÓN CLAVE

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL: Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPSM) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, calle Ibiza 43, 28009, Madrid, España.

Sector: Sanidad Pública (atención a salud mental). **Número de empleados:** 234

HECHOS Y DATOS

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón (IPS Marañón) proporciona asistencia global en Salud Mental, pública y gratuita, a los niños, adolescentes y adultos 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 Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón se presentó formalmente en el año 2019, aunque desde 2018 ya estaba funcionando como una innovadora forma de gestión de todos los dispositivos de Salud Mental del área del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en línea con el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020: psiquiatría de adultos, de niños y adolescentes, interconsulta, urgencias y centros de salud mental.

El innovador modelo de gestión desarrollado ha producido ya en este corto espacio de tiempo varios avances que están colaborando a la necesaria transformación asistencial en el área de Salud Mental:

- Proporcionar continuidad a los distintos servicios y dispositivos asistenciales
- Involucrar a los profesionales del Instituto (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros, que suman más de 200), para darles una mayor capacidad de gestión.
- Adoptar un innovador modelo basado en la gestión por procesos, donde los profesionales pueden ser dueño de los mismos y a la vez responsables, haciéndoles más partícipes de la gestión.

El Instituto, dirigido por Celso Arango -jefe de servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente- y codirigido por Francisco Ferre -jefe de servicio de Psiquiatría del Adulto-, ha conseguido ofrecer con este modelo una asistencia más eficiente, más moderna, más integrada y más transversal.

El Instituto agrupa en estos momentos en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia los siguientes dispositivos:

- Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
- Servicio de Psiquiatría de Adultos
- Centro de Salud Mental de Moratalaz
- Centro de Salud Mental de Retiro
- Urgencias
- Interconsulta

MISIÓN

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

Desarrollar investigación y proporcionar docencia de excelencia que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental, sus familiares y la sociedad. Promover el desarrollo personal y profesional de su equipo humano.

VISIÓN

Ser referente nacional e internacional en asistencia, investigación y docencia en el que los profesionales trabajen de manera eficiente, comprometida y sensible especialmente a grupos de personas con mayor vulnerabilidad psicosocial.

VALORES

- Compromiso, respeto, discreción y confidencialidad en el servicio al usuario
- Mejora continua de procesos
- Gestión participativa con recursos humanos como principal activo del Instituto
- Calidad integral como respuesta a las expectativas del usuario
- Liderar la investigación nacional e internacional en Psiquiatría y salud mental
- Impartir una docencia de excelencia
- Orientación hacia la prevención universal y focalizada en el tratamiento e integración de los usuarios
- Apuesta contra la discriminación
- Humanización y sensibilidad
- Sostenibilidad

EL LIDERAZGO DEL INSITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

El Instituto ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad de Madrid 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.

Resumimos a continuación algunos de los logros, resultados, premios y reconocimientos recibidos:

- Liderazgo internacional en **sociedades científicas** de prestigio (ECNP, SIRS, WADD) y sociedades y consorcios nacionales (SEP, CIBERSAM, AEPNyA, Patología Dual, Psiquiatría legal...)
- Referente internacional en **psiquiatría del niño y del adolescente** y en **patologías** como psicosis, trastornos del espectro autista o patología dual.
- Referentes nacionales en **colectivos de especial vulnerabilidad psicosocial**: discapacidad auditiva, violencia de género, autismo.
- Liderazgo en **atracción de residentes** y formación posgrado y resultados destacados en **investigación**.
- **Mejor hospital de Psiquiatría** a nivel nacional según el **Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) en 2018 y 2019**, reconocimiento al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada. Concesión enero 2020.
- **Mejor Servicio de Psiquiatría** según el **Monitor de Reputación Sanitaria** realizado por Merco con revisión independiente de KPMG (Norma ISAE 3000): Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría **durante todos los años de la convocatoria (2014-2019)**.
- **Premio Avedis Donabedian en Salud Mental y Adicciones**. 2018.
- **Premio BIC 2017 al Mejor Servicio de Psiquiatría y Premio BIC 2019 en la Especialidad de Esquizofrenia**.
- **Sello Excelencia +500 EFQM**, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ministerio de Política Territorial y Función Pública, Club de Excelencia en Gestión. Vigente desde 2015 y nuevamente desde abril 2019.
- **Reconocimiento Madrid Excelente**, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Fundación Madrid por la Excelencia. Vigente desde mayo 2019.

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 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.

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 5 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

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	<p>Quinta autoevaluación, validada oficialmente: 500-550 puntos</p> <p>Publicación Carta de Servicios del Servicio y de AMITEA</p> <p>Sello 500+EFQM AEVAL y Club de Excelencia en Gestión Premio de la Federación Autismo al H.G.U. Gregorio Marañón</p> <p>II Monitor de Reputación Sanitaria, Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría.</p> <p>Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH), Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional</p> <p>Premios Discapnet, Proyecto Doctortea finalista a la mejor iniciativa TIC.</p>
2016	<p>Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL</p> <p>III Monitor de Reputación Sanitaria, Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría</p> <p>Premio Enfermería en Desarrollo en Calidad Percibida</p>
2017	<p>Premio Iberoamericano de Calidad galardón Oro</p> <p>IV Monitor de Reputación Sanitaria, Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría</p> <p>Índice de Excelencia Hospitalaria, primer Servicio de Psiquiatría a nivel nacional</p> <p>Premio Best in Class (BIC) Mejor Servicio de Psiquiatría</p>
2018	<p>Sexta autoevaluación: 620 puntos</p> <p>Nueva publicación de las Cartas de Servicios del Servicio y de AMITEA.</p> <p>Premio Avedis Donabedian en Salud Mental y Adicciones.</p> <p>V Monitor de Reputación Sanitaria, Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría</p>
2019	<p>VI Monitor de Reputación Sanitaria, Primero en el ranking nacional de Servicios Hospitalarios de Psiquiatría</p> <p>Sello Excelencia +500 EFQM, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ministerio de Política Territorial y Función Pública, Club de Excelencia en Gestión.</p> <p>Reconocimiento Madrid Excelente, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Fundación Madrid por la Excelencia</p> <p>Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional según el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH)</p>

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 Instituto 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 Instituto establece sus propios mecanismos para desarrollar las líneas estratégicas y los objetivos clave reflejados en el Plan estratégico 2020-2023:

- 1- Sistemas para recoger información sobre necesidades y expectativas de sus grupos de interés (GI).
- 2- Necesidades identificadas durante las evaluaciones periódicas con el Modelo EFQM.
- 3- Revisión continua de la evidencia científica en revistas, libros, congresos, cursos, etc. para conocer nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares.
- 4- Análisis DAFO consensuado con los profesionales del Instituto 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. El seguimiento de estos planes se realiza en las reuniones trimestrales de gestión.

Las 10 líneas estratégicas del Instituto son las siguientes:

1. Avanzar en el desarrollo del sistema organizativo y de gestión: liderazgo, integración y cohesión de los distintos servicios, comunicación interna, espacios
2. Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación y satisfacción de otros recursos con el Instituto
3. Ampliación y mejora de la cartera de servicios
4. Eficiencia y agilidad en funcionamiento
5. Personal: mejorar la satisfacción laboral, la seguridad y promover la formación continuada
6. Mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente
7. Potenciar el programa docente
8. Potenciar la investigación e innovación
9. Impacto social: visibilidad, presencia en foros, comunicación resultados, compromiso contra el estigma

Área transversal: 10. Dar voz y escuchar a los pacientes y sus familias

CLIENTES Y SERVICIOS

Nuestra actividad se puede dividir en tres bloques:

1.- Actividad Asistencial:

Psiquiatría del Adulto

Se encarga, con carácter específico y pionero, de la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género (Programa ATIENDE); de trastornos de la conducta alimentaria mayores de 18 años y con una larga y complicada evolución (CLINICA TCA) y de salud mental de las personas sordas (USMS), que junto a los programas de atención intensiva e integral a pacientes psicóticos graves que no se adhieren a los tratamientos habituales (Programa ATIICO) y el programa de enlace con el Servicio de Cuidados Paliativos.

Ofrece una asistencia diversificada que no sólo incluye la hospitalización psiquiátrica convencional sino una cobertura asistencial de tipo psicosocial única en su entorno dirigida a colectivos de pacientes de especial vulnerabilidad social y sanitaria.

El Instituto de Psiquiatría del Adulto asume en su Unidad de Hospitalización Breve las necesidades de tratamiento hospitalario de la población de los Distritos de Retiro, Moratalaz y Vallecas así como de los pacientes que están siendo tratados en sus Unidades de Referencia.

La Unidad de Hospitalización Breve es una unidad cerrada de hospitalización, situada en la segunda planta del Instituto y que cuenta con 45 camas con :- 22 habitaciones dobles con baño incorporado - 1 habitación individual de observación con baño incorporado - WC personal - Zona sucio/limpio - Almacén - Office - WC asistido para pacientes discapacitados - Control de enfermería - Estar de enfermería - 3 Despachos para entrevistas médicas y psicológicas - 1 Sala común-comedor para pacientes - 1 Sala de actividades para pacientes.

Para las consultas externas desarrolladas por los adjuntos de la planta existen despachos compartidos en el ala izquierda de la planta baja del Instituto de Psiquiatría.

La oferta asistencial básica es el tratamiento en régimen de hospitalización a:

- Pacientes con trastornos mentales de los distritos de Retiro Moratalaz y Vallecas
- Pacientes con trastornos de la conducta alimentaria procedentes de la CLINICA TCA y de la Unidad de Día de Tratamiento Intensivo del Hospital Santa Cristina
- Pacientes en seguimiento en el Programa Atiende que precisan hospitalización

Los programas específicos de este área son los siguientes:

- Programa ATIICO: ATIICO es un programa de atención multidisciplinar, integral, intensivo, con una orientación psicoterapéutica y adaptada a las necesidades, destinado a pacientes con diagnóstico de psicosis residentes en los dos distritos (Retiro y Moratalaz) a los que presta atención hospitalaria el Servicio de Psiquiatría B de Hospital Gregorio Marañón.

- Programa ATIENDE: Atención e intervención del daño emocional. El Programa ATIENDE se inicia en marzo del 2005 para atender a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos en base a un proyecto conjunto desarrollado entre la Consejería de Sanidad y la de Empleo y Mujer, y que está financiado por el Plan Regional contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.

Desde que se creó el Programa Atiende a la actualidad, se están atendiendo una media anual de 235 casos nuevos de mujeres víctimas de violencia de género con una media de 5.600 intervenciones terapéuticas; y una media de 125 menores atendidos con 4.800 intervenciones clínicas cada año que actualmente se atienden en el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de este hospital. En muchos de casos se continúa la atención terapéutica de mujeres y menores de años anteriores, por la alta complejidad de la situación, que requieren un seguimiento especializado en este dispositivo.

- Unidad de Salud Mental para personas sordas. La USMS está dirigida al conjunto de personas sordas que padecen trastornos mentales y/o conductuales, que bien por sus dificultades de comunicación, o bien por usar una lengua diferente (Lengua de Signos Española), no acceden a los Servicios de Salud Mental de su área, o se considera que no pueden ser atendidas adecuadamente.

Psiquiatría del Niño y del Adolescente

El servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón cuenta con Unidad de hospitalización de adolescentes, consultas externas de psiquiatría del niño y del adolescente (con programas específicos, algunos de ellos de referencia para toda la Comunidad de Madrid) e interconsulta hospitalaria. Se desarrolla además una importante actividad docente e investigadora.

El Servicio presta asistencia a 3 niveles:

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

3. Actividad investigadora- Se trata de una actividad fundamental del Instituto, 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 Instituto realizan una prolífica actividad investigadora, realizándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional. El Instituto es referente internacional en varias patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar de inicio temprano y el autismo. Desde el Instituto 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 Instituto 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 media de fondos competitivos anuales superior al millón y medio de euros anuales en los últimos años.

OPERACIONES, ALIANZAS Y PROVEEDORES

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 2020, para la *actividad asistencial y docente* el Instituto cuenta con 234 profesionales entre psiquiatras y psicólogos, diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, profesores de Educación Secundaria y administrativos. De estos profesionales, uno es Profesor Titular de Universidad (acreditado como Catedrático), 21 son profesores asociados de psiquiatría, psicología o disciplinas afines (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 36 profesionales. El 100% de estos profesionales con dedicación a investigación están contratados con financiación propia del Instituto conseguida en convocatorias competitivas. Además, varios de los profesionales que se dedican a labores asistenciales y docentes participan también activamente en proyectos de investigación.

Grupos de interés.

El Instituto 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 Instituto. El Instituto 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.

GRUPOS DE INTERÉS		DESCRIPCIÓN O SEGMENTACIÓN	CANALES DE INFORMACIÓN/RELACIÓN	
			Fuente/Actividad	Periodicidad
CLIENTES	Pacientes	Enfermos ingresados en las Unidades de hospitalización, tratados en sus consultas externas y en hospitales de día y atendidos en la interconsulta.	Encuesta de satisfacción de aplicación continua	Continua
			Sugerencias y reclamaciones	Cuando proceda
			Comunicación directa durante la atención	Continua
			Reuniones con asociaciones de pacientes y con la Comisión de Usuarios	Cuando proceda
	Familiares	En el caso de los pacientes menores de edad o con discapacidad, entendemos que sus familiares o tutores legales son también nuestros clientes directos.	Encuestas de satisfacción a familiares o tutores legales	Continua
			Gestión de las sugerencias recibidas a través del SAP del hospital	Cuando proceda
			Grupo terapéutico de padres	Semanal
			Reuniones de los responsables del paciente con familiares	Periódicas
			Contacto telefónico con los padres de pacientes ingresados	Diario
			Contacto diario con los padres al finalizar las visitas. El personal de enfermería recoge toda la información y registra las preocupaciones.	Diario
PERSONAL	Trabajadores, independientemente del tipo de contrato. Excluimos estudiantes y rotantes debido a la brevedad de su estancia en el Instituto.	Reuniones de gestión	Trimestrales	
		Reuniones informales	Cuando proceda	
		Encuesta de satisfacción	Bienal	
		Quejas y sugerencias	Trimestral	
SERMAS – Consejería de Sanidad CM	El SERMAS es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad de Madrid.	Contacto directo con responsables de la Política Sanitaria en relación a proyectos asistenciales y desarrollo de la asistencia.	Cuando proceda	
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental CM	La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se ocupa de la coordinación de la red de atención a la Salud Mental, la promoción de la participación de pacientes y familiares y la coordinación interinstitucional.	Reuniones de coordinación de la Oficina de Salud Mental con los distintos CSM y Unidades de hospitalización para recoger dificultades en el funcionamiento y propuestas de mejora.	Trimestral	
		Reuniones mensuales de evaluación de casos derivados a la Unidad de Media Estancia de adolescentes (UME)	Mensual	
		Reuniones mensuales de evaluación de casos derivados al Centro de rehabilitación médico pedagógico Dionisio Plaza	Mensual	
Universidad Complutense de Madrid (UCM)	Universidad a la que el HGUGM está adscrita como Hospital Universitario. El Director del Instituto es Catedrático de Psiquiatría, hay 3 profesores acreditados como titulares y más de 20 profesores asociados.	Reunión Departamento de Psiquiatría	Trimestral	
Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM)	Organización encargada de fomentar la investigación y de favorecer programas y proyectos de investigación y formación de investigadores en el HGUGM. El Director del Instituto es investigador principal del área de Neurociencias del IISGM.	Reunión coordinadores de área	Semestral	
CIBER Salud Mental (CIBERSAM)	Centro de Investigación en Salud Mental que forma parte del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER), formado por 26 grupos de investigación clínica y básica pertenecientes a 8 CCAA. La Coordinadora de Calidad del IPSM coordina a su vez el Programa del Niño y Adolescente del CIBERSAM.	Reunión de investigadores principales y de programa	Semestral	
ALIADOS	Servicios sanitarios, servicios sociales, servicios educativos, fundaciones, ONG's, judiciales y todas aquellas organizaciones sin ánimo de lucro y con iniciativa social que tengan que ver con niños y adolescentes.	Contacto directo con responsables de pacientes en salud mental ambulatoria	Cuando proceda	
		Encuesta de satisfacción de los Psiquiatras de CSM	Bienal	
		Reuniones de coordinación con el Área de salud	Mensual	
		Sesión clínica con profesionales del área	Quincenal	
		Reuniones con escuelas, Equipos de orientación Psicopedagógica generales y específicos (como el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo) y Centros de Atención a la Infancia	Cuando proceda	
		Conversaciones y reuniones con el Instituto Madrileño de la Familia y el Menor y la Dirección General de la Mujer de manera continuada	Cuando proceda	
		Visitas puntuales a Recursos Intermedios de Salud Mental	Cuando proceda	
		Relaciones profesionales en la prestación de servicios	Continuo	
OTROS G.I.	Organizaciones o asociaciones con quienes colaboramos, que se pueden beneficiar de nuestra actividad, pero que no trabajan en la provisión de servicios a nuestros clientes.	Participación en programas, en servicios, en investigación, etc.	Continuo	
		Reuniones con otras unidades de psiquiatría del niño y adolescente	Cuando proceda	
		Reuniones periódicas con asociaciones de familiares y pacientes		
		Recepción constante de rotantes y estudiantes de otros centros		
		Intercambio de información con otros Servicios de Psiquiatría		
		Contactos en congresos y reuniones científicas		
Alumnos de Medicina (programa Docencia de la Oficina de Calidad para la evaluación docente del profesorado)	Programa Docencia: evaluación docente del profesorado	Anual		
ESTUDIANTES UNIVERSIDAD INVESTIGACIÓN		Acuerdos para la aceptación de estudiantes en prácticas y rotaciones.	Cuando proceda	
		Reuniones de coordinación y seguimiento de proyectos	2 x semana	

La gestión y resultados del Instituto 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 2020-2023), servicios, programas, cartas de servicios y resultados es pública.

Alianzas

Muchos profesionales del Instituto ocupan cargos relevantes en sociedades científicas nacionales e internacionales, redes europeas, comisiones, consejos y agencias en materia de salud mental y materias asociadas al sector, lo que favorece el establecimiento de alianzas. Las alianzas clave se establecen en 4 categorías:

- Servicios sanitarios
- Servicios sociales
- Servicios educativos
- Fundaciones y ONG's

Competidores clave- Dentro del Sistema Nacional de Salud, nuestros competidores clave son todas aquellas entidades que proporcionan asistencia en aspectos relacionados con la Salud Mental. Dentro de ellos, en el caso de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente 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 previamente 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 Docentia, mediante el que los alumnos califican a los profesores titulares de las distintas disciplinas de manera anónima.

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. El montante llegó a más de 5 millones de euros en 2010, superando el millón de euros en los cinco últimos años y los 3 millones de euros en el último año. Para favorecer la comparativa con otros centros, desde hace más de 10 años se financia con fondos propios la visita de profesionales del Instituto a los centros que se consideran como mayores competidores o que tengan buenas prácticas exportables al Instituto.

ESTRUCTURA DE GESTIÓN Y ACTIVIDADES DIRECTIVAS

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 Instituto que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del Instituto y del hospital.

Para los trabajadores que se incorporan al Instituto y para los estudiantes, residentes y otros médicos que hacen rotaciones en el Instituto, se ha definido un *sistema de orientación* por el que uno de los psiquiatras les explica las normas de funcionamiento, los objetivos del Instituto, 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.

DIRECCIÓN

Criterio 1. PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA

1.1. Definir el propósito y la visión

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
1.1.1. Misión, Visión y Valores	El Comité de Dirección, junto con el personal del Instituto, lidera la definición de la misión, visión y valores del Instituto, contando con la participación de un grupo de profesionales representativo de las distintas áreas. Cada ciclo estratégico se revisa y actualiza. Están incluidos en los distintos espacios visibles por personal y usuarios, tanto a nivel físico, como en la Carta de Servicios o página web.
1.1.2. Orientación estratégica desde el liderazgo	La orientación estratégica desde el liderazgo comienza con la implicación de los profesionales del Instituto 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. Esta información, además de estar disponible, se transmite proactivamente cuando es necesario; por ejemplo, se entrega a los trabajadores que se incorporan al Instituto. 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 Instituto accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias, entre otros.
1.1.3. 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 del Niño y Adolescente 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. Actualmente, el modelo de gestión ha evolucionado de forma muy relevante, con la formación del Instituto, y contando con un histórico muy significativo de mejoras e innovaciones. 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.

1.2. Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
1.2.1. Grupos de Interés: necesidades y expectativas	Los Grupos de Interés están identificados, incluyendo los externos al Instituto (ver información clave). El Instituto 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. 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. En función de toda la información que proviene de los grupos de interés 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.
1.2.2. 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 Instituto. En la información clave se identifican las Alianzas con Grupos de Interés clave. Por otra parte el Instituto es muy proactivo en el desarrollo de iniciativas de contacto e intercambio de experiencias, siendo un referente en el sector .
1.2.3. Representatividad y aportaciones externas	Amplia representatividad externa. Muchos profesionales del Instituto 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. La participación y representatividad del Instituto es muy significativa en este sentido. 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 Instituto queda reflejada en el conjunto de métodos de intercambio de información que el Instituto 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.

1.3. Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>1.3.1. Análisis del ecosistema. Nuevas corrientes terapéuticas. Escenarios futuros. Prevención</p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>1) ante el aumento de inmigración se han realizado cursos de formación específica de temas relacionados, enfocados a distintas disciplinas;</p> <p>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);</p> <p>3) ante los datos proporcionados por la Dirección General de Farmacia sobre el incremento del uso de psicótrópicos 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.</p> <p>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. Han llevado al desarrollo de protocolos de atención a padres separados o en conflicto que se han difundido a nivel nacional.</p> <p>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. Ante la demora en los diagnósticos de autismo, en 2017 se creó el Programa de Diagnóstico Complejo de Trastornos del Espectro Autista 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.</p> <p>La participación externa de los profesionales del Instituto y el intercambio de experiencias es otra fuente muy importante de información para la decisión estratégica y operativa.</p>
<p>1.3.2. Investigación</p>	<p>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 en la Memoria anual del CIBERSAM. Al ser el Director del Instituto 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 Instituto con la Dirección del hospital y en las Cartas de Servicios.</p>
<p>1.3.3. Identificación de la normativa aplicable</p>	<p>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 Instituto (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 Instituto 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.</p>
<p>1.3.4. Análisis interno. Indicadores de rendimiento y de gestión</p>	<p>El Instituto 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.</p> <p>La dinámica de análisis se lleva a cabo sistemáticamente mediante los mecanismos de dirección y coordinación existentes. Así mismo, el despliegue del Plan Estratégico contempla una serie de indicadores que permiten monitorizar el grado de consecución de los objetivos estratégicos.</p>

<p>1.3.5. Identificación de nuevas tecnologías</p>	<p>El Instituto 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). 5) Telemedicina, con equipos de teleconferencia para todos los profesionales clínicos del Instituto y acceso a la historia clínica y el módulo de prescripción de fármacos en remoto mediante VPN. 6) Desarrollo de reuniones virtuales entre los profesionales del Instituto (sesiones clínicas, reuniones de las comisiones y grupos de trabajo en calidad, reuniones de programas clínicos y de investigación...)</p>
<p>1.3.6. Capacidades propias y de colaboradores</p>	<p>Como parte del desarrollo del Plan Estratégico se analizan las competencias, conocimiento y capacidades de los profesionales del Instituto y la disponibilidad de los mismos como base 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 Instituto. Un buen ejemplo es la iniciativa de recabar fondos europeos para reforzar la capacidad dedicada a proyectos de investigación. El Instituto ha realizado publicaciones conjuntas con 258 centros internacionales, incluyendo los de mayor prestigio a nivel mundial (Harvard, Oxford, Cambridge, Hopkins, UCLA, UCSF, etc.)..</p>

1.4. Desarrollar la estrategia

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>1.4.1. Proceso de definición de la estrategia</p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A corto plazo, la Dirección y los Jefes de los Servicios y Secciones de Psiquiatría y la Jefa de Departamento de Enfermería se reúnen para el seguimiento de los objetivos y planes de acción. - La Comisión de Asistencia y Calidad se reúne periódicamente para evaluar el cumplimiento de indicadores y el PE. - La evaluación del cumplimiento de los compromisos de las Cartas de Servicios se documenta en un informe anual que se publica en el Portal de Transparencia de la CM. <p>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.</p> <p>Nueva formulación del Plan estratégico. En función de todo lo aprendido en el proceso de seguimiento y las nuevas informaciones de entrada, cada tres años se hace una revisión completa del Plan estratégico, priorizando nuevas líneas de actuación.</p> <p>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.</p>
<p>1.4.2. Análisis DAFO</p>	<p>Se ha consensado con los profesionales del Instituto un análisis DAFO en el que se recogen las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del Instituto. El resultado de este análisis se considera en el proceso de decisión del Plan Estratégico para establecer y priorizar alternativas y acciones.</p>
<p>1.4.3. Factores Clave de Éxito (FCE)</p>	<p>Formulados como parte del desarrollo del Plan Estratégico, se entienden como prácticas a implantar, o realidades a alcanzar y consolidar para que el Instituto 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.</p> <p>Se tienen en cuenta para desarrollar las estrategias. Se revisan en cada Plan Estratégico.</p>
<p>1.4.4. Participación en el desarrollo del PE</p>	<p>Para desarrollar el Plan Estratégico se convoca a los profesionales de la Comisión de Asistencia y Calidad, abriendo la participación a otros profesionales interesados del Instituto. 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 difunde a los trabajadores del Instituto para recibir aportaciones y se encuentra disponible en la web del Instituto. Se realiza seguimiento periódico del mismo, en las reuniones de la Comisión de Asistencia y en las trimestrales.</p>

<p>1.4.5. Despliegue de la estrategia</p>	<p>Las líneas estratégicas del Plan estratégico 2020-2023 se despliegan 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, desarrollándolos en proyectos específicos e integrados en la sistemática de gestión.</p> <p>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 Instituto en cuanto a RRHH de las especialidades requeridas y los recursos físicos o tecnológicos.</p>
<p>1.4.6. Comunicación de la estrategia</p>	<p>La comunicación de la estrategia a los trabajadores del Instituto se realiza principalmente en las reuniones de gestión y coordinación que se llevan a cabo en los distintos recursos asistenciales (CSM, hospitalización de adolescentes y de adultos, interconsulta, programas específicos). Se llevan también a cabo reuniones trimestrales del Instituto 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.</p> <p>Esta información se transmite y entrega a los trabajadores de nueva incorporación.</p> <p>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 Instituto accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias.</p> <p>Aparte de proporcionar acceso a los documentos citados, la esencia de las estrategias se comunica en la práctica mediante las acciones concretas, sea verbalmente o a través de otros medios, en el momento de su desarrollo e implantación ya que pueden suponer cambios en las prácticas clínicas o de relación con pacientes, familiares y otros grupos de interés.</p>
<p>1.4.7. Seguimiento continuo</p>	<p>El seguimiento de las acciones, planes y objetivos se hace de forma continua, a corto y a medio plazo. Además de los objetivos anuales, cuando se detectan deficiencias u oportunidades de mejora en el Instituto 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.</p>

1.5. Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>1.5.1. Sistema de dirección, gestión y seguimiento</p>	<p>La gestión del Instituto 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 Instituto centrada en la excelencia.</p> <p>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.</p> <p>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. Esto se comprueba en la revisión trimestral.</p>

Criterio 2. CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO

2.1 Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
2.1.1. Cultura responsabilidad y	El Instituto 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. Se protegen los valores sociales y se respeta el medio ambiente.
2.1.2. Transparencia y confianza	La gestión y resultados del Instituto son transparentes 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 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. El Instituto ha contribuido y contribuye constantemente al estudio de las nuevas tendencias, prevalencias y riesgos del sector, información que utiliza para formular sus estrategias.
2.1.3. El papel del Líder. Liderazgo compartido	El papel de los líderes del Instituto 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 Instituto. El papel de los líderes se orienta a muy diversos aspectos entre los que se incluye el equipo humano del Instituto, que contempla las vertientes de comunicación, delegación de responsabilidades, trabajo en equipo, gestión interna, responsabilidad, reparto equitativo de cargas, consecución de objetivos y gestión del cambio. El liderazgo en valores, ética y comportamiento es asumido por todo el personal como característica propia de la actuación diaria y fundamental en el Instituto 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 Instituto a todos los niveles. 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 Instituto. 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.
2.1.4. 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 menores, en situación de discapacidad o que precisan un ingreso en contra de su voluntad 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 del Hospital . Los que involucran medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Se implementan medidas para asegurar que todo esto se lleve a cabo 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 farmacológicas internacionales por profesionales del Instituto.
2.1.5. Delegación, implicación y responsabilidad sobre resultados	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.
2.1.6. 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.
2.1.7. Embajadores de la imagen y reputación	El Instituto 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 Instituto. Además, los profesionales del Instituto 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.
2.1.8. Fomento de actividades sociales	Desde el año de la inauguración de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes (año 2000), se organiza una cena anual, coincidiendo con la apertura de dicha Unidad, a la que están invitados todos los trabajadores en activo y pasados (acuden a la cena más de 70 personas). Desde la creación del Instituto, la cena se ha hecho extensible a todos los trabajadores del Instituto. 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. Se obtiene financiación externa para estas actividades. Fuera del horario de trabajo se organizan otras reuniones y actividades de ocio promovidas por trabajadores del Instituto. El grupo de investigación ha tenido encuentros de fin de semana en una casa rural en la que, además de poder compartir un espacio distinto al del trabajo, se realiza una sesión de tormenta de ideas para planificar la actividad investigadora del año siguiente. Además, se han celebrado jornadas de confraternización con la otra unidad puntera a nivel nacional en psiquiatría infanto-juvenil, la del Hospital Clínic de Barcelona. 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>	

2.2 Crear las condiciones para hacer realidad el cambio

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
2.2.1. Captación y análisis de fenómenos que motivan el cambio	La estructura del Instituto permite una dirección flexible, participativa, que se adapta con facilidad y eficacia al cambio. Se establecen los mecanismos adecuados 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 Instituto y tienen en cuenta la información que proviene de la relación con los mismos.
2.2.2. Procesos de decisión de los cambios	Las estrategias del Instituto 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 constituyen los foros de análisis, debate y conclusión, para la evaluación conjunta, la detección de oportunidades y los procesos de decisión de los cambios. 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 Instituto.
2.2.3. Desarrollo e implantación y seguimiento	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 Instituto ha sido pionero implantando el cambio como piloto dentro del Hospital. 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.
2.2.4. El cambio en el Instituto	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> .

2.3 Estimular la creatividad y la innovación

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>2.3.1. Cultura de la creatividad e innovación</p>	<p>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. Algunos ejemplos de mejoras e innovaciones del Instituto son: TICs: www.doctortea.org, consultas de telemedicina, posibilidad de seguir al Instituto 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 (terrazza, 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, intervenciones con animales...).</p>
<p>2.3.2. Referencias externas. Estudio comparativo con las Comunidades Autónomas</p>	<p>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.</p> <p>Amplia participación. La participación de los directivos y profesionales en actividades externas se promueve y apoya desde el Instituto 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.</p> <p>Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente 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 Instituto : www.ua.hggm.es). Se ha desarrollado también el Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis, publicado en 2018 y el Libro Blanco de la Depresión y Suicidio en 2020.</p>
<p>2.3.3. Sistemas de trabajo que favorecen el aprendizaje</p>	<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 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>
<p>2.3.4. Creatividad. Innovación. Trabajo en equipo.</p>	<p>Creatividad y espíritu emprendedor. Desde el Instituto 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 Instituto de diferentes programas clínicos específicos (AMITEA, ATraPA, PIENSA, 22q11, ATIENDE, Programas TCA, atención a Sordos, DOLMEN, entre otros) y todos los proyectos de investigación traslacional y biotecnología que se llevan a cabo en el Instituto .</p> <p>Gestión participativa. La gestión participativa es uno de los valores del Instituto, 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.)</p> <p>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.</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 resto de los miembros del personal dan respuesta a las solicitudes de intervención y gestionan la tarea en función de criterios profesionales propios y de las prioridades establecidas en reuniones diarias y semanales de equipo.</p>

2.4 Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
2.4.1. Acogida y orientación del personal	Para los trabajadores que se incorporan al Instituto 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 Instituto, 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
2.4.2. Evaluación de la eficacia del liderazgo	La eficacia del liderazgo respecto a su actuación global se mide prácticamente a través de todos los conjuntos de mediciones e indicadores del Instituto 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 se ha incluido un sistema para el desarrollo de la evaluación del liderazgo.
2.4.3. Propósito y objetivos	La transmisión de la información sobre el propósito y 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 Instituto. Dicho conjunto de resultados abarca todos los aspectos del Instituto, fundamentalmente los que inciden en los servicios y establecen las prioridades de actuación y los responsables. Su seguimiento y actualización de prioridades y es continuo a través de los mecanismos de dirección y gestión existentes.
2.4.4. Alineación de objetivos	Entre las funciones principales de los Jefes de Servicio y la Supervisora de enfermería están el establecimiento de los objetivos del Instituto 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 .

EJECUCIÓN

Criterio 3. IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS

3.1 Clientes: Construir relaciones sostenibles

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>3.1.1 Clientes del Instituto. Modelo organizativo</p>	<p>El Instituto tiene identificado el perfil de sus clientes y su ámbito de actuación. Los clientes son fundamentalmente los pacientes que atendemos y sus familiares. Al tratarse de salud mental, la relación y comunicación con pacientes y familiares es especialmente relevante.</p>
<p>3.1.2. Mecanismos de relación con los clientes</p>	<p>Información de la satisfacción de los pacientes. La opinión de los pacientes se obtiene durante las entrevistas médicas, las reuniones de discusión de quejas y sugerencias (asambleas) y mediante las encuestas de satisfacción. La gran ventaja que tiene la asamblea 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. Además, los profesores del Aula Hospitalaria recogen información directa de los pacientes alumnos relacionada con el funcionamiento, sus expectativas y satisfacción con la misma.</p> <p>Información de familiares o tutores de los pacientes. Se han estructurado varios sistemas, algunos específicos del Instituto y otros gestionados desde el Servicio de Atención del Hospital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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, entendiéndose este dato como una muestra de que los usuarios nos transmiten la información directamente. 3) Reclamaciones: La reclamaciones oficiales se reciben en el Instituto a través del Servicio de Atención al Paciente del hospital, que las comunica a Dirección, quien las despacha con los profesionales implicados y con aquellos otros que puedan aportar información adicional según cada caso (Jefe de Servicio, 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. 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. 4) Encuesta de satisfacción de usuarios. Entregada a los pacientes y a los familiares o tutores legales de los adolescentes ingresados en el alta. Hay también versiones para los pacientes de CSM y para los familiares de los pacientes atendidos en los CSM, en PRISMA y en AMITEA. 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. 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. 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>3.1.3. Proceso de información y apoyo a familiares</p>	<p>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 mediante grupos terapéuticos de padres.</p>

3.2 Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>3.2.1. Gestión de las personas</p>	<p>La gestión de las personas está vinculada a las necesidades del Instituto 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.</p>
<p>3.2.2. 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>3.2.3. 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 funcionario 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. 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 del 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 Instituto.</p>
<p>3.2.4. Evaluación de la satisfacción de los profesionales</p>	<p>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, se introdujeron ya desde 2003 la evaluación de satisfacción que se realiza con un mecanismo validado, de forma anónima. 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 objetivos de mejora.</p>
<p>3.2.5. 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>3.2.6. Identificación y retención del talento</p>	<p>La gestión del talento entre los empleados del Instituto 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 Instituto 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 Instituto. 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 técnicas de sujeción. 7) Los clínicos participan en formación a alumnos y residentes, asisten y presentan ponencias en congresos de la especialidad (SEP, AEPNYA, ESCAP, WADD etc.), o han participado en la elaboración del Plan de Salud Mental, el Plan de Atención Social a la Infancia, múltiples Guías de Tratamiento de la CM y del Ministerio de Sanidad, o publicaciones derivadas de los proyectos de investigación que se desarrollan en el Instituto, entre otros. Además, los profesionales del Instituto 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>3.2.7. Adecuación de los conocimientos y competencias a las necesidades</p>	<p>Servicios de formación ofrecidos por la Consejería de Sanidad (CS). Los trabajadores del Instituto, 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</p> <p>Instituto 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 Instituto es la formación continuada especializada del personal, tanto facilitando la asistencia a formación externa y congresos, como desarrollando actividades propias.</p> <p>El inicio de nuevas tareas asistenciales también ha ido acompañado de formación específica.</p> <p>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 AML- TEA, formación en técnicas específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT) para implementar 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 Instituto, al igual que para los del resto del hospital. El Instituto 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 Instituto. Algunos profesionales del Instituto han sido coordinadores de varios cursos y los han impartido. Han participado además en múltiples cursos oficiales y de doctorado.</p>
<p>3.2.8. Congresos</p>	<p>La asistencia a congresos científicos es también una oportunidad de crecimiento profesional que se intenta ofertar y financiar desde el Instituto a todas las categorías profesionales. Por otra parte, es una vía de aportación de conocimientos e imagen del Hospital y del Instituto por parte de los profesionales del Instituto que coordinan mesas específicas y presentan ponencias.</p> <p>Se potencia la asistencia utilizando los ingresos de la actividad investigadora del Instituto para sufragar la asistencia a congresos de becarios, personal de enfermería y otros profesionales.</p>
<p>3.2.9. Investigación y docencia</p>	<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> <p>La investigación es uno de los objetivos básicos del Instituto. 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>
<p>3.2.10. Evaluación del desempeño y gestión por competencias</p>	<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 de los Jefes 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. 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>

<p>3.2.11. Sistema de Comunicación</p>	<p>Comunicación interna. Se han implantado sistemas periódicos y organizados de comunicación con los trabajadores del Instituto: 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 Instituto que 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.</p>
<p>3.2.12. 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 Instituto 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, 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. 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.</p>
<p>3.2.13. Reconocimiento a logros y esfuerzos</p>	<p>Actividades de reconocimiento. Los líderes del Instituto reconocen el esfuerzo y logros obtenidos por los trabajadores de forma directa e informal cuando corresponde, y mediante sistemas concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de felicitaciones: Las cartas de felicitación y agradecimiento que recibe el Instituto 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 Instituto. 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 Instituto, etc. • Los logros obtenidos por los trabajadores se comunican a la dirección del Hospital, que transmite a su vez el reconocimiento a los trabajadores. • Los distintos logros y premios obtenidos se difunden en la web del Instituto 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. <p>Ejemplos de reconocimiento externo obtenidos recientemente por trabajadores del Instituto :</p> <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 del Niño y Adolescente: 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 del Niño y Adolescente como mejor psiquiatra del país según la revista Forbes en 2014. • Premio Stanley Dean del Colegio Americano de Psiquiatría al Director del Instituto en 2020.
<p>3.2.14. Atención a las personas en seguridad</p>	<p>Atención a las personas mejorando la seguridad del Instituto. La seguridad se identificó como una preocupación para los trabajadores del Instituto, 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 siguen las normas básicas de seguridad en todas las actuaciones que contribuyen a evitar o disminuir los riesgos potenciales de los pacientes.</p> <p>El Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) oferta a los miembros del grupo la realización del curso de similares características "<i>Prevención de riesgos laborales en actividades sanitarias</i>" a través de la plataforma http://www.mc-prevencion.com/formacion/oferta-formativa/</p>

<p>3.2.15. Formación y desarrollo profesional</p>	<p>Las capacidades subyacentes del Instituto 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. Ejemplos: Formación de líderes y de trabajadores. Los responsables del Instituto 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 Instituto .</p> <p>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.</p>
<p>3.2.16. Conocimientos y aprendizaje: claves para la excelencia</p>	<p>Todo el personal sabe que la diferenciación, imagen y prestigio del Instituto 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. Asimismo, sus planes estratégicos y operativos contemplan las vertientes necesarias para su progreso en excelencia, diferenciación y competitividad sostenida.</p>
<p>3.2.17. Apoyo y reconocimiento a las personas</p>	<p>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 Instituto .</p>

3.3 Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continu

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>3.3.1. Gestión financiera</p>	<p>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 Instituto ha emprendido iniciativas, buscando formas alternativas para promover la mejora y adecuación de los recursos e instalaciones, principalmente mediante dos vías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

	<p>AMITEA, creación de aula de Psiquiatría.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiguiendo financiación para mejoras del Instituto: ejemplo, consiguiendo fondos de entidades privadas para construir una terraza en la UADO. <p>La responsabilidad del Instituto 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</p>
--	--

3.4 Sociedad: Contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
3.4.1. Impacto social	<p>El Instituto, al formar parte de un hospital público, estar dedicado al tratamiento de la salud mental 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. 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 Instituto 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.</p>
3.4.2. Gestión ambiental	<p>Como muestra de su compromiso con el medio ambiente, el Instituto lleva a cabo iniciativas como el reciclaje de papel y pilas, y en las actividades de terapia ocupacional se utiliza material reciclado.</p> <p>La gestión de residuos externos e internos así como el reciclaje en el Instituto 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 Instituto se promovió la certificación medioambiental, con lo que se consiguió la certificación de todo el Hospital con la norma ISO 14000. Además, se ha obtenido la acreditación en la Red de Hospitales sin humo en la categoría plata.</p>

3.5 Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
3.5.1. Gestión de alianzas y partners	<p>El Instituto 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.</p> <p>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.</p>
3.5.2. Proveedores clave	<p>Los psiquiatras y profesionales de los CSM, Unidades de Media Estancia, 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.</p>

Criterio 4. CREAR VALOR SOSTENIBLE

4.1 Diseñar el valor y cómo se crea

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
4.1.1. Diseño de los Servicios. Desarrollo e implantación de cambios	La innovación es continua en el Instituto en función de las necesidades de los clientes. Se desarrollan de forma continua 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. 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 Instituto participan además en una iniciativa europea del ECNP, el Medicines Chest, que permitirá disponer de medicaciones que no están en uso en estos momentos, para estudiar las vías de actuación de éstos y otros principios activos. Varios profesionales son asesores de las agencias española y europea del medicamento.
4.1.2. Implicación de los G.I clave en el diseño y mejora de los servicios	La implicación de los pacientes, familiares y tutores y de los profesionales del Instituto 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.

4.2 Comunicar y vender la propuesta de valor

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
4.2.1. Cartas de servicios	<p>Toda la propuesta de valor se comunica a los pacientes y grupos de interés a través de la web y las cartas de servicios. Las prestaciones y requisitos de calidad ofertados en la carta de servicios son los siguientes:</p> <p>Prestaciones ofertadas en la Carta de Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento integral médico, psicológico y de enfermería a los menores tratados en el Servicio. • Continuidad de la formación académica y educación general de los adolescentes ingresados. • Evaluación de las necesidades y situación social del paciente. • Tratamiento médico integral de las distintas patologías mentales. • Información y apoyo a familiares y tutores del paciente. • Tratamiento psiquiátrico ambulatorio. • Coordinación con instituciones sociales y sanitarias extra hospitalarias. • Investigación. • Docencia. <p>Requisitos de calidad: la Carta de Servicios asume como compromisos de calidad en la atención al ciudadano los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa establecidos por la normativa de la Comunidad de Madrid (decreto 85/2002, de 23 de mayo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso eficiente de recursos, • Utilización de guías clínicas al uso • Ofrecer un trato humano a pacientes y familiares que respete sus derechos y su autonomía • La periodicidad y los medios con los que se proporcionará información a familiares • Las actividades que se realizarán para favorecer la continuidad asistencial • Las actividades de formación específica para profesionales que se llevarán a cabo • La contribución al avance científico en el tratamiento y la atención a la patología psiquiátrica infanto-juvenil • El trabajo según los principios de la mejora continua de calidad. • También establece que la docencia y la investigación son actividades básicas del Instituto. <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 Instituto.</p>

4.3 Elaborar y entregar la propuesta de valor

REFERENCIA. TÍTULO	DESCRIPCIÓN
<p>4.3.1. 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, estando estandarizado el orden de llamada a y desde 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>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, discapacidad intelectual, etc.), protocolos de información, actuación ante incidentes (fuga, conducta oposicionista, amotinamiento, ingreso de un paciente custodiado), pautas de actuación homogéneas para situaciones habituales o el manejo de pacientes con necesidades especiales. Las guías y protocolos se evalúan 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 las unidades de hospitalización las 24 horas del día, para resolver cualquier duda: manejo de conducta, medicación o para finalizar con antelación el permiso.</p>
<p>4.3.2. 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 Instituto 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, Paypal) y en 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>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 Instituto).</p> <p>Mejoras. Ante la petición de los pacientes, se organizaron sesiones de video y otras actividades de ocio como talleres de moda, magia, música, cine forum, debates o coloquios, karaokes, juegos de mesa diversos ("Pictionary", "Trivial", "Party", "Cranium", "Wii"). Se ha formado un grupo de trabajo compuesto por la Terapeuta ocupacional y personal de Enfermería, que planifica las actividades del fin de semana, que han sido muy favorablemente recibidas por los pacientes. 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 consenso tipo RAND/UCLA, según recomendaciones del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad sobre Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS.</p>
<p>4.3.3 Seguimiento tras el alta</p>	<p>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 Instituto, se ha apoyado la creación de un Centro de Media Estancia para Adolescentes, siendo una de las psiquiatras del Instituto 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 Instituto.</p>

<p>4.3.4. Investigación y docencia</p>	<p> Junto al proceso de gestión del Instituto hay dos líneas de referencia: la investigación y la docencia.</p> <p>Investigación. Se realizan directa o indirectamente investigaciones clínicas y básicas, muchas en colaboración con centros nacionales e internacionales. Todas se presentan al Comité de Ética e Investigación Clínica. La participación en los estudios es previo consentimiento informado de pacientes y representantes legales. Los ensayos clínicos con menores se comunican a la Fiscalía de Menores y a las Agencias Española y Europea de Medicamentos. Los resultados han mejorado hasta convertirse en referente internacional y coordinar la investigación en Salud Mental en todo el país.</p> <p>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.</p> <p>Programa Docencia. El HGUGM está asociado a la UCM. En el Instituto 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 Instituto. A su llegada se les entrega un dossier informativo sobre aspectos básicos del Instituto, su participación en el trabajo, bibliografía recomendada y aspectos útiles para su formación (accesible también en la web del Instituto).</p> <p>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).</p>
<p>4.3.5. Continuidad asistencial</p>	<p>La continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes dispositivos sanitarios, entre nuestro Instituto y Atención Primaria, es un objetivo esencial para el Instituto.</p> <p>Se realizan reuniones con los Equipos de Atención Primaria (EAP) de área, una con los equipos de Moratalaz y otra con los de Retiro. Con objeto de mejorar esta coordinación, el Grupo de trabajo pluridisciplinar de Relaciones Externas propuso la realización de sesiones de Coordinación entre nuestro Instituto 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. 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. Para mejorar la continuidad asistencial se ha iniciado la asistencia por e-consulta, abierta a los CSM y en la que los profesionales de atención primaria tienen respuesta desde psiquiatría de manera rápida y eficiente.</p>
<p>4.3.6. Seguridad del paciente</p>	<p>En los últimos años, el Instituto ha promovido e impulsado de manera muy proactiva todos los aspectos de seguridad del paciente.</p> <p>Sesiones de seguridad. En el Instituto se realizan sesiones de Seguridad en Registro de situaciones de riesgo para los pacientes y sesiones de seguridad en Notificaciones CISE Madrid, evaluación de incidentes.</p> <p>Higiene de manos. Se realizan sesiones de "Higiene de manos" para facilitar la asistencia del personal. Estas sesiones se han impartido por formadores en Higiene de Manos.</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>

4.4 Diseñar e implantar la experiencia global

REFERENCIA.	DESCRIPCIÓN
<p>4.4.1. Recoger la voz del cliente</p>	<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. 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 Instituto se recogen comentarios y solicitudes. Todo esto ha hecho que se hayan producido de forma continua en el Instituto innovaciones, cambios y nuevos programas.</p> <p>Mejorar relaciones con clientes. Para mejorar las relaciones con asociaciones de familiares se desarrollan planes de mejora que han supuesto la estructuración y estandarización de envío de información y reuniones periódicas.</p> <p>Grupos focales de pacientes. Desde 2017 se ha consolidado la realización de grupos focales con pacientes del Instituto, 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>
<p>4.4.2. Cuestionarios de calidad de vida en grupos o subgrupos de interés clínico con procesos específicos y/o intervenciones diagnóstico - terapéuticas específicas</p>	<p>Desde 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>
<p>4.4.3. Información a los pacientes y familiares</p>	<p>La información a los pacientes es una necesidad constante que abarca los subprocesos de admisión, atención y alta. Las normas del funcionamiento y los horarios de terapias y actividades de la planta están disponibles en las habitaciones de ingreso. 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 en el caso de los 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.</p>
<p>4.4.4. Humanización de la asistencia</p>	<p>Como parte de los objetivos establecidos para la Humanización de la asistencia 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. Se están mejorando además los espacios de asistencia, las salas de espera y las unidades de hospitalización.</p>

Criterio 5. GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y EL RIESGO

5.1 Gestionar el funcionamiento y el riesgo

REFERENCIA.	DESCRIPCIÓN
5.1.1. Proceso de gestión del Instituto	<p>La gestión del Instituto 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.</p> <p>Para gestionar adecuadamente el Instituto 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.</p> <p>Disponemos de un Protocolo de Coordinación /Continuidad de cuidados en el que se detallan todas las actividades de coordinación.</p>
5.1.2. Gestión por procesos	<p>Los procesos del Instituto, 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 Instituto, el tratamiento de los pacientes y la atención a sus familiares. Son el objetivo final de la existencia del Instituto. 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 Instituto se implica activamente en su adecuación y mejora.</p> <p>Los procesos se revisan cuando se detecta su necesidad, incluyendo los cambios o innovaciones exigidos por la implantación de las estrategias.</p>
5.1.3. Diseño de los procesos	<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 Instituto, para comparar sus procesos, indicadores y resultados.</p> <p>Guías clínicas. Tienen la finalidad de ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas. Desde el Instituto 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. Se dispone de 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 Instituto.</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 Instituto 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>
5.1.4. Gestión de los riesgos estratégicos	<p>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 inició 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.</p>
5.1.5. Mejoras en los procesos mediante innovación	<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, instalaciones, innovación tecnológica y del conocimiento - 2) las mejoras en los servicios y las relaciones con los clientes.

5.2 Transformar la organización para el futuro

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
5.2.1 La transformación asistencial basada en la innovación	<p>La organización como Instituto de Psiquiatría y Salud Mental permite mejorar la coordinación intra e interdepartamental desde un modelo de eficiencia integrado en una estructura moderna de gobernanza, con proyección intrahospitalaria y comunitaria, que posibilita la integración de la Salud Mental con la Salud General y que se apoya en las estructuras de calidad que se han desarrollado desde 2003 en distintos dispositivos de Psiquiatría del actual Instituto.</p> <p>La constitución del Instituto ha provocado una transformación asistencial basada en la innovación y nuevos métodos clínicos y de gestión, que repercute de forma clara en la calidad asistencial y la mejora de la accesibilidad de los servicios a la población. Resumimos los principales aspectos de transformación que hemos conseguido hasta el momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un modelo de gestión colaborativo entre Servicios intra y extrahospitalarios que funcionaban previamente de manera independiente. • Innovación continua en la gestión incluyendo creación de comisiones y grupos de mejora específicos. • Coordinación con recursos de salud mental y relacionados externos al Instituto (asociaciones de pacientes y familiares, servicios sociales, recursos sociosanitarios de rehabilitación psicosocial, educación, justicia, etc.) • Combinación de actividad clínica, docente e investigadora en varios dispositivos del Instituto. • Coordinación continua de las decisiones y acuerdos de Dirección a todo el personal del Instituto. • Extensa cartera de servicios incluyendo hospitalización, programas específicos emergentes y atención socio comunitaria en salud mental. • Abordaje multidisciplinar con profesionales formados en distintas disciplinas. • Creación de una Comisión de Usuarios en la que participan representantes de asociaciones de pacientes y familiares.

5.3 Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
5.3.1. Gestión de la tecnología	<p>La gestión de la tecnología la llevan a cabo los servicios centrales del Hospital, pero el Instituto promueve la innovación tecnológica en la medida de sus posibilidades, siendo pionero en el uso de nuevos sistemas:</p> <p>a) consultas de telemedicina para facilitar atención a poblaciones con difícil acceso; b) página web (ua.hggm.es) en la que se detallan la organización del Instituto, noticias relevantes y en la que se encuentran a disposición de los usuarios materiales clínicos y de investigación; c) web para facilitación de la atención a personas con autismo (doctortea.es) mediante familiarización con el hospital, que incluye información del hospital, el personal y las pruebas diagnósticas a realizar para cada paciente en distintos formatos (película, realidad virtual, animación, cómic...) que ha recibido 23.348 visitas de personas procedentes de más de 70 países; d) historia clínica electrónica; e) prescripción electrónica; f) circuito cerrado de TV; g) mandos personales de emergencia para aumentar seguridad de pacientes y personal; h) resolución de consultas por correo electrónico.</p> <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 Instituto 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>
5.3.2. Innovación y mejora de los servicios	<p>Existen una serie de mecanismos para detectar y gestionar las oportunidades de innovación y mejora de los procesos, particularmente los asistenciales. Esto se ha centrado en los últimos años en varios aspectos, entre los que destacan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) desarrollar y estandarizar el programa de atención ambulatoria, con la creación de programas pioneros específicos de atención a pacientes con determinadas necesidades (AMITEA, PIENSA, ATraPA, genética y salud mental, ATIENDE, Dolmen, 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 las Unidades de Hospitalización orientadas a facilitar el tratamiento y la vida de los pacientes ingresados.
5.3.3. Programas pioneros y de referencia nacional e internacional	<p>El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental ha desarrollado múltiples programas pioneros y de referencia nacional e internacional, tanto clínicos como de investigación. Resumimos los principales programas e iniciativas de innovación desarrollados:</p> <p>En el Instituto se desarrollan consultas específicas de referencia para la Comunidad de Madrid que además son programas únicos y referentes a nivel nacional:</p>

	<p>5) AMI-TEA (Atención Médica Integral a los Trastornos del Espectro Autista), un recurso para toda la CM que atiende las necesidades médicas de personas con trastorno del espectro autista (TEA) de cualquier edad; b) AtraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia): para menores con problemas de personalidad y riesgo suicida; c) UMERP (Unidad de menores en riesgo psíquico): para menores tutelados con problemas de salud mental; d) PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente): para adolescentes con psicosis y sus familias; e) Genética y psiquiatría: para atención a problemas de salud mental de personas con patologías genéticas (síndrome 22q11, Prader Willi, Phelan McDermid, etc.); f) Programa menor infractor: para menores con medidas judiciales; g) ATIENDE y ATIENDE-niños: para víctimas de violencia; h) NARSUI: atención a conducta suicida; i) Psiquiatría perinatal; j) Diagnóstico complejo de Trastornos del espectro del autismo: para diagnóstico de autismo, lo que ha sido identificado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid como una necesidad no cubierta; k) PRISMA: Hospital de Día hospitalario destinado al tratamiento ambulatorio intensivo de adolescentes; l) Unidad de salud mental para personas sordas: Dirigida al conjunto de personas sordas que padecen trastornos mentales y/o conductuales, que bien por sus dificultades de comunicación, o bien por usar una lengua diferente (Lengua de Signos Española), no acceden a los Servicios de Salud Mental de su área, o se considera que no pueden ser atendidas adecuadamente.</p> <p>En el área de pruebas diagnósticas específicas, en el Instituto existe personal con cualificación clínica y de investigación para llevar a cabo entrevistas diagnósticas de autismo que son el gold standard para el diagnóstico como el Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) y el Autism Diagnostic Inventory Revised (ADIR). Dos psiquiatras de nuestro Instituto tienen además la cualificación como formadoras en el ADOS tanto para clínica como para investigación. Además, hay personal clínico y de investigación con formación en la entrevista diagnóstica psiquiátrica Kiddie Schedule of Affective Disorders (K-SADS) y SCID y en baterías neuropsicológicas completas. Se ha desarrollado un protocolo para solicitar pruebas genéticas (CGH- arrays) para completar la evaluación de pacientes con trastornos del espectro autista y discapacidad intelectual</p>		
<p>5.3.4. Innovación en investigación</p>	<p>Se trata de una actividad fundamental del Instituto, desarrollada con financiación externa (no dependiente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón ni de la Comunidad de Madrid) obtenida al presentar proyectos de investigación en convocatorias competitivas nacionales e internacionales. Los distintos trabajadores del Instituto realizan una prolífica actividad investigadora, desarrollándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional, habiéndose convertido en referente internacional en varias patologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar de inicio temprano, el autismo o la patología dual.</p> <p>El Instituto se ha consolidado como pionero en la investigación en Psiquiatría desde un enfoque basado en el neurodesarrollo. Ha incluido en sus proyectos de investigación las más modernas técnicas diagnósticas por imagen cerebral, genéticas, bioquímicas, clínicas, exploraciones neuropsicológicas, entre otras, adoptando un enfoque multidimensional innovador en el estudio de las cohortes de pacientes y controles que sigue de manera longitudinal. Además, ha sido pionero, entre otros aspectos, en el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas, publicadas y replicadas en otros entornos (PIENSA, ATraPA), en el desarrollo de terapias novedosas mediante la realización de ensayos clínicos independientes (arbaclofén y omega 3 en autismo, N-acetilcisteína en psicosis, omega-3 en pacientes con alto riesgo de psicosis). En estos momentos ha recibido financiación para ser el centro europeo coordinador de ensayos clínicos de nuevas moléculas para trastornos del Espectro del Autismo. Se están desarrollando además apps para el manejo de la clínica de los pacientes.</p> <p>Desde el Instituto se coordina el programa de Neurociencias y Salud Mental del Instituto de Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón, la Red Europea de Neuropsicofarmacología del Niño y el Adolescente (ECAPN) y el Programa de Salud Mental del Niño y del Adolescente del CIBER de Salud Mental. Profesionales del Instituto presiden las organizaciones profesionales más prestigiosas, como el European Congress of Neuropsychopharmacology (ECNP), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española del Niño y del Adolescente (AEPNYA) o la Asociación Mundial de Patología Dual (WADD). Se participa y coordinan más de 10 proyectos europeos con una captación media de fondos competitivos superior al millón y medio de euros anuales.</p>		
<p>5.3.5. Innovación en la gestión</p>	<p>Desde los líderes se fomenta una cultura para la generación de nuevas ideas y se establecen mecanismos para que esto cristalice en cambios, innovación y mejoras en todos los aspectos clave del servicio. Resumimos la actividad de grupos de trabajo, Comisiones y esquemas de gestión para facilitar la innovación y la transformación:</p> <table border="1" data-bbox="422 1724 1437 2024"> <tr> <td data-bbox="422 1724 710 2024"> <p>Grupos de evaluación o de mejora de la calidad y de los procesos (formados por personal voluntario)</p> </td> <td data-bbox="710 1724 1437 2024"> <p>Operativos de forma continua: <i>Satisfacción, Seguridad, Procesos, Formación, Resultados, Relaciones Externas</i></p> <p>Grupos que surgen en relación con temas concretos: <i>Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Instituto, Coordinación externa, mejora del protocolo de contención mecánica, protocolo de atención a menores hijos de padres separados, protocolo de continuidad asistencial de niños/adolescentes, protocolo de TEC, protocolo de atención a niños en tratamiento con antipsicóticos durante ingreso psiquiátrico, elaboración de Guía de primeros episodios psicóticos, elaboración de guía de TOC, uso de la terraza, uso de la habitación de reflexión, grupos terapéuticos, etc.</i></p> </td> </tr> </table>	<p>Grupos de evaluación o de mejora de la calidad y de los procesos (formados por personal voluntario)</p>	<p>Operativos de forma continua: <i>Satisfacción, Seguridad, Procesos, Formación, Resultados, Relaciones Externas</i></p> <p>Grupos que surgen en relación con temas concretos: <i>Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Instituto, Coordinación externa, mejora del protocolo de contención mecánica, protocolo de atención a menores hijos de padres separados, protocolo de continuidad asistencial de niños/adolescentes, protocolo de TEC, protocolo de atención a niños en tratamiento con antipsicóticos durante ingreso psiquiátrico, elaboración de Guía de primeros episodios psicóticos, elaboración de guía de TOC, uso de la terraza, uso de la habitación de reflexión, grupos terapéuticos, etc.</i></p>
<p>Grupos de evaluación o de mejora de la calidad y de los procesos (formados por personal voluntario)</p>	<p>Operativos de forma continua: <i>Satisfacción, Seguridad, Procesos, Formación, Resultados, Relaciones Externas</i></p> <p>Grupos que surgen en relación con temas concretos: <i>Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Instituto, Coordinación externa, mejora del protocolo de contención mecánica, protocolo de atención a menores hijos de padres separados, protocolo de continuidad asistencial de niños/adolescentes, protocolo de TEC, protocolo de atención a niños en tratamiento con antipsicóticos durante ingreso psiquiátrico, elaboración de Guía de primeros episodios psicóticos, elaboración de guía de TOC, uso de la terraza, uso de la habitación de reflexión, grupos terapéuticos, etc.</i></p>		

	<p>Grupos de trabajo multidisciplinares de trabajadores del Instituto que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico del Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comisión de investigación - Comisión de biblioteca - Comisión de farmacia - Comisión de docencia - Tutoras de residentes de psiquiatría y psicología - Comisión de protocolos - Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) - Patronato de la Fundación de Investigación del Hospital - Consejo Rector del Instituto de Investigación del Hospital - Coordinación del área de neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón - Grupo de trabajo de la Intranet del HGUGM - Grupo de evaluación EFQM del Hospital - Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Hospital - Grupos de trabajo para la acreditación del hospital por la Joint Commission - Órganos de asesoramiento a la Dirección como Juntas Técnico-Asistenciales y del Instituto
	<p>Grupos de trabajo de participación externa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de gestión y foros de discusión para obtener información de nuevas corrientes en salud mental - Grupos de trabajo para la creación del Plan de Salud Mental y el Plan de Atención Social a la Infancia - Grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento Farmacológico de la CM y del Ministerio de Sanidad. - Grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento a nivel europeo - Grupos de trabajo para el desarrollo de ensayos clínicos a nivel europeo

5.4 Aprovechar los datos, la información y el conocimiento

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
5.4.1. Gestión de la Información y el conocimiento	La información que se maneja en el Instituto 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.
5.4.2. Historia Clínica	<p>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.</p> <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 Instituto 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 Instituto se han realizado mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación de un espacio propio para los facultativos del Instituto 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. <p>Desarrollo de un sistema propio para organizar los documentos en la HC, facilitando así su documentación y consulta.</p>
5.4.3. Base de datos y herramientas de gestión	<p>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 Instituto 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.</p> <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.</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. 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>
5.4.4 Acceso externo	La página web del Instituto, 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 Instituto (www.ua.hggm.es). Incluye la misión, visión y valores así como las Cartas de Servicios. Tiene también información sobre últimas noticias del Instituto, patologías psiquiátricas y enlaces a otras páginas con información para pacientes, familiares y estudiantes.
5.4.5 Propiedad intelectual	Los profesionales del Instituto 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.
5.4.6. 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>

5.5 Gestionar los activos y recursos

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
<p>5.5.1. 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. Sin embargo, el Instituto 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 Instituto realiza la captación de fondos para investigación a través de convocatorias públicas competitivas nacionales e internacionales, de acuerdo con su estrategia. 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 Instituto. Gracias a estas colaboraciones, el Instituto ha dispuesto de fondos externos al Hospital para contratación de profesionales que mejoran la asistencia, la formación, la asistencia a congresos, remodelación de las habitaciones de ingreso, compra de material, etc.</p>
<p>5.5.2. Evaluar y seleccionar inversiones</p>	<p>Los planes de inversiones en general no entran en el ámbito de acción del Instituto, 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>5.5.3. Instalaciones y medios</p>	<p>Las aportaciones de los profesionales del Instituto 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 Instituto, y en concreto la Unidad de Hospitalización, se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población psiquiátrica adolescente.</p> <p>En cuanto a los materiales, aunque son gestionados y proporcionados por el Hospital, el Instituto realiza el estudio y solicitud de materiales didácticos y terapéuticos adecuados para esta población. Entre la dotación de material para juegos se han solicitado pelotas de espuma, ping-pong, bolos, juguetes para menores con déficits cognitivos graves, etc. También se han conseguido otros muchos con fondos externos, como el fútbolín, bicicletas estáticas, ping-pong, sillones de masaje para personas con discapacidad intelectual, etc.</p>
<p>5.5.4. Mejora de instalaciones orientadas al paciente</p>	<p>Además de seguridad, el Instituto debe proporcionar un ambiente adecuado, amable y terapéutico. Para ello, 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>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>5.5.5. 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. 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>Los profesionales del Instituto 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>

RESULTADOS

Criterio 6. PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

6.1.- Percepción de los clientes

A) SATISFACCIÓN DE USUARIOS.

Todos los resultados se encuentran por encima de 8 puntos, y la mayoría sobrepasan el 9, lo que consideramos un resultado excelente. Se han realizado en los últimos años varias mejoras a raíz del análisis de la satisfacción de los usuarios:

- mejora del 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.
- Programa Doctor TEA (www.doctorte.org) que permite 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.
- Refuerzo del proceso de acogida a profesionales temporales de enfermería para mejorar su competencia y refuerzo del sistema de citas.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES UADO

Tema de la Pregunta	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	9,45	9,65	9,18	9,23	9,15	9,03
Competencia profesional de Psiquiatras	9,65	9,89	9,6	9,56	9,47	9,62
Competencia profesional de Psicólogo	8,68	8,52	9,06	9,46	9,56	8,73
Competencia profesional de Trabajadora social	8,50	8,17	9,06	9,53	9,60	8,81
Competencia profesional de Enfermería	9,50	9,42	9,52	8,36	9,49	9,49
Apoyo y ayuda a los familiares y tutores	8,96	9,3	8,54	8,71	8,25	8,30
Adecuación en la orientación y derivación	9,19	9,6	9,0	8,53	8,45	8,86
Puntualidad en las citas	9,35	9,46	8,7	8,08	8,82	8,62
Adecuación de las condiciones físicas	8,57	9,10	8,15	8,36	8,25	8,10
Puntuación global Unidad Hospitalización	8,6	8,88	8,75	8,74	8,85	9,34
Media de puntuaciones (Objetivo: 9)	9,05	9,19	8,97	8,85	8,98	8,89
Índice de respuesta (Objetivo >50%)	49,41%	44,66%	51,67%	55%	50%	51,2%

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES O TUTORES DE PACIENTES CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)

Tema de la Pregunta	2017	2018	2019
Amabilidad en el trato de personal administrativo y recepción	8,44	8,41	8,36
Competencia profesional de Psiquiatras	9,06	9,36	9,15
Competencia profesional de Psicólogo	9,08	8,7	8,55
Competencia profesional de Trabajadora social	8,76	8,9	8,64
Competencia profesional de Enfermería	8,2	7,8	8,32
Apoyo y ayuda a los familiares y tutores	8,08	8,51	8,03
Adecuación en la orientación y derivación	8,38	8,56	8,36
Puntualidad en las citas	8,08	7,84	7,83
Adecuación de las condiciones físicas	7,48	7,6	7,51
Puntuación global Centro de salud	7,98	8,02	8,09
Media de puntuaciones (Objetivo: 9)	8,35	8,37	8,28
Índice de respuesta (Objetivo >50%)	51%	49%	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 8 evaluaciones. Escala: 1 a 5. Objetivo: $\geq 3,5$.

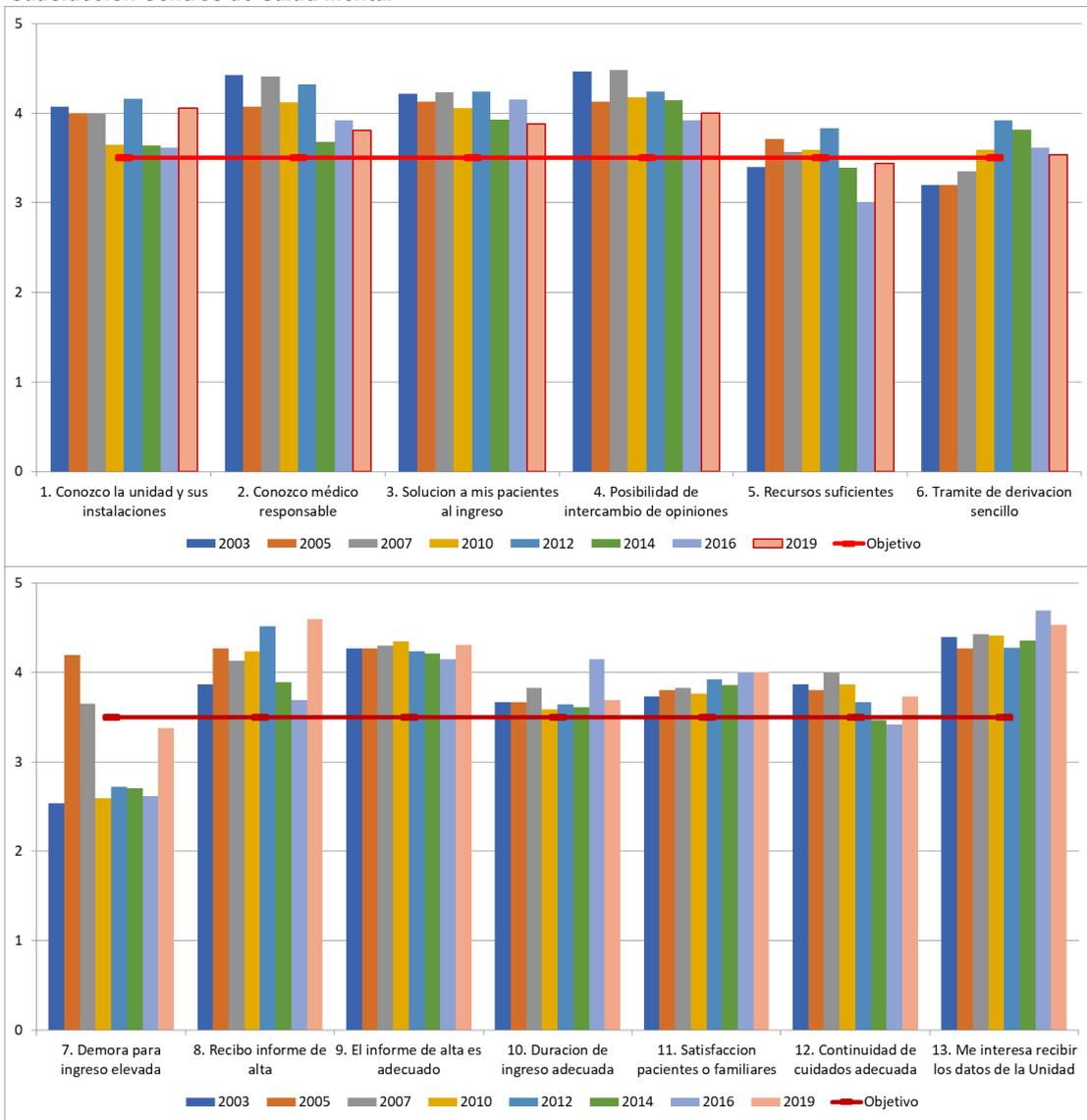
Índices de respuesta: Mantenido alrededor del 50%, con algunos años con puntuaciones superiores (Objetivo: $\geq 50\%$).

Análisis: 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.

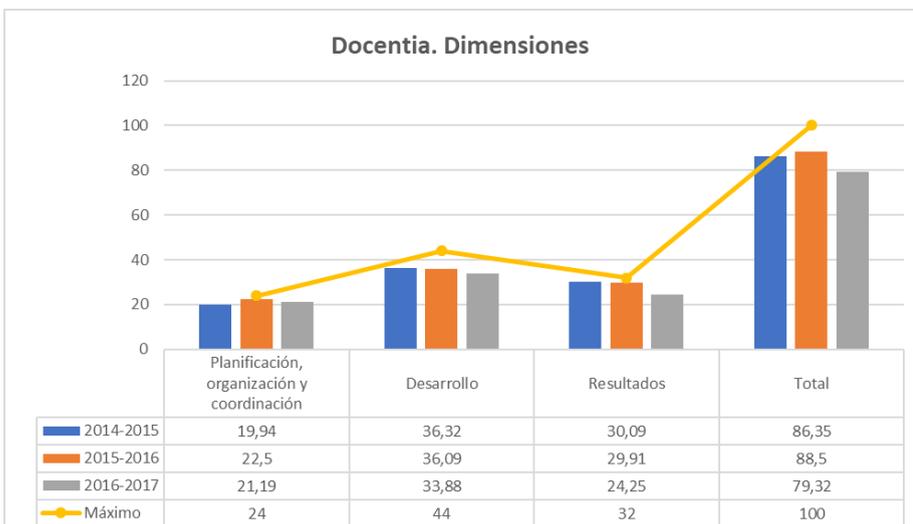
Satisfacción Centros de Salud Mental



C) SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DOCENTIA DE LA UNIVERSIDAD

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

Satisfacción Alumnos. Programa Docentia.



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

Las valoraciones del último año se detallan por aspecto valorado y se comparan con la media de las valoraciones de la Universidad, donde se puede ver que los resultados son muy superiores a la media de la UCM.

Valoraciones 2018-2019	2018	2019	Media UCM
1. El profesor informa de manera clara sobre los objetivos de la asignatura.	6,63	8.89	7,98
2. El profesor informa de manera clara sobre el sistema de evaluación.	6,25	8.57	8,14
3. El profesor informa de manera clara sobre las actividades docentes	6,92	8.77	9,12
4. El profesor muestra competencia en la materia que explica	8,71	9.53	8,45
5. El profesor organiza y estructura bien las clases	7,29	9.09	7,78
6. El profesor explica de forma clara y comprensible	8,33	9.26	7,68
7. Los materiales utilizados y/o recomendados son útiles para cursar la asignatura	6,86	9.03	7,79
8. El profesor resuelve las dudas y ayuda a los estudiantes cuando lo necesitan	7,95	9.23	8,32
9. El sistema de evaluación permite al estudiante reflejar los conocimientos y competencias adquiridas	6,08	7.94	7,43
10. El profesor cumple con el programa de la asignatura	7,17	9.12	8,51
11. El profesor se muestra accesible con los estudiantes	7,58	8.97	8,4
12. El profesor despierta mi interés por la asignatura.	8,00	9.17	7,04
13. La labor docente de este profesor me ayuda a adquirir conocimientos y competencias	7,71	9.34	7,5
14. En mi opinión es un buen profesor	7,63	9.06	7,83
15. Estoy satisfecho con la labor docente del profesor	7,17	9.03	7,64

D) SATISFACCIÓN DE RESIDENTES

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

El valor más bajo (*tiempo de permanencia en la Unidad*) está establecido en los planes de formación y no es modificable desde el Instituto. La mayoría de los resultados están por encima de 8 e incluso de 9. Como mejoras relevantes, 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 percepción.

ENCUESTA SATISFACCIÓN EIR

Respuestas por categoría	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1- Tiempo de permanencia en la Unidad	4,50	3,50	9,64	3,50	5,00	3,04
2- Pertinencia de actividades asistenciales	6,00	8,50	10,00	8,50	8,12	9,13
3- Supervisión de tutor docente	9,38	9,50	9,64	8,25	8,00	8,48
4- Ayuda recibida para alcanzar competencias	8,50	10,00	8,93	8,50	8,00	8,59
5- Integración en el equipo	8,00	10,00	9,64	8,00	8,3	8,70
6- Calidad de las actividades formativas del Servicio	8,00	9,75	9,64	7,75	8,12	8,91
7- Supervisión del tutor del hospital	9,50	10,00	10,00	9,00	9,37	9,35
8- Valoración global	9,50	10,00	10,00	9,25	9,25	8,26
9- Pertinencia del rotatorio para completar objetivos docentes	10,00	10,00	8,57	10,00	10,00	9,57

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

ENCUESTA SATISFACCIÓN MIR/PIR

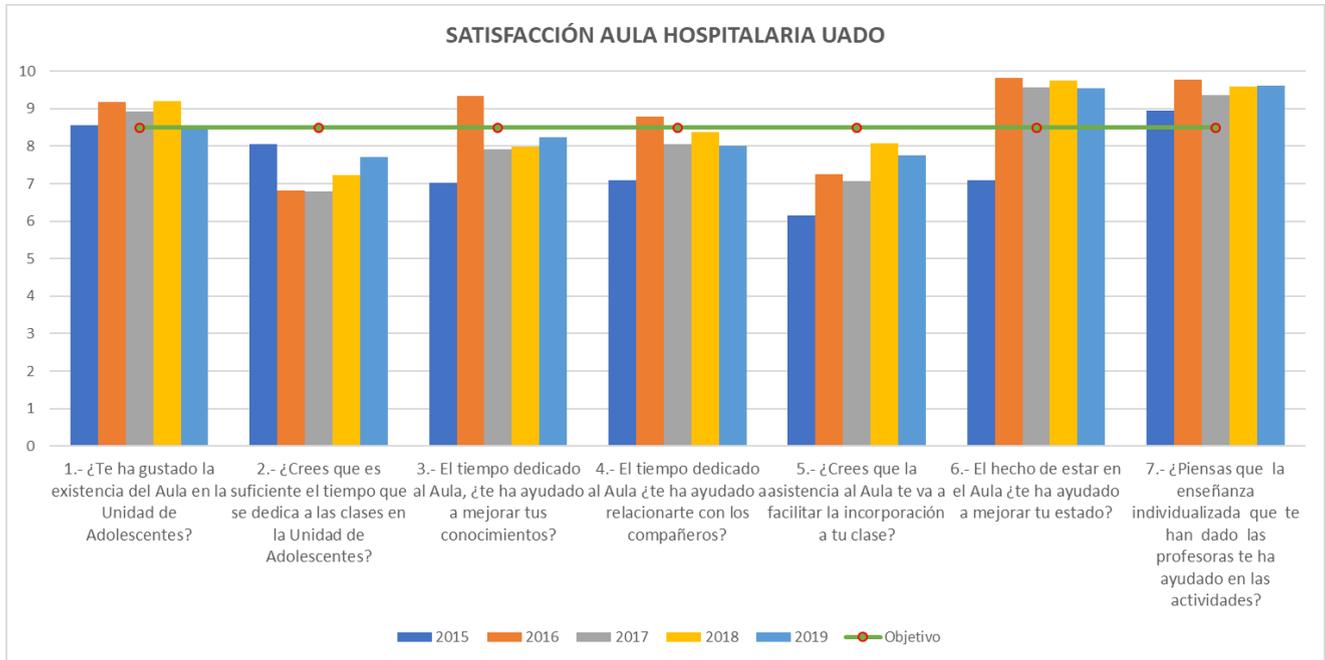
PREGUNTA	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	PM	PM	PM	PM		
1.- Tutorización/Motivación	8,1	7,8	8	9	8,00	8,58
2.- Relaciones con el equipo	8,81	9,2	8,62	9,05	8,82	8,83
3.- Calidad científica	9,1	9,6	8,63	8,47	8,73	8,83
4.- Organización de la asistencia	9,12	9,6	7,9	8,47	7,91	8,67
5.- Organización docencia	8,93	9,6	8	8,39	8,00	5,42
6.- Participación docente y asistencial	7,83	7,5	8,3	8,21	7,50	8,83
7.- Interés de la rotación	8,54	8,1	9,12	9,47	9,18	9,17
8.- Cumplimiento de objetivos docentes	8,64	8,5	8,37	9	8,27	8,83
9.- Valoración global	8,56	8,5	8,56	8,78	8,45	8,50

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

E) ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AULA HOSPITALARIA UNIDAD DE ADOLESCENTES

Los resultados son muy satisfactorios, superando en la mayoría de los casos el ambicioso objetivo fijado.

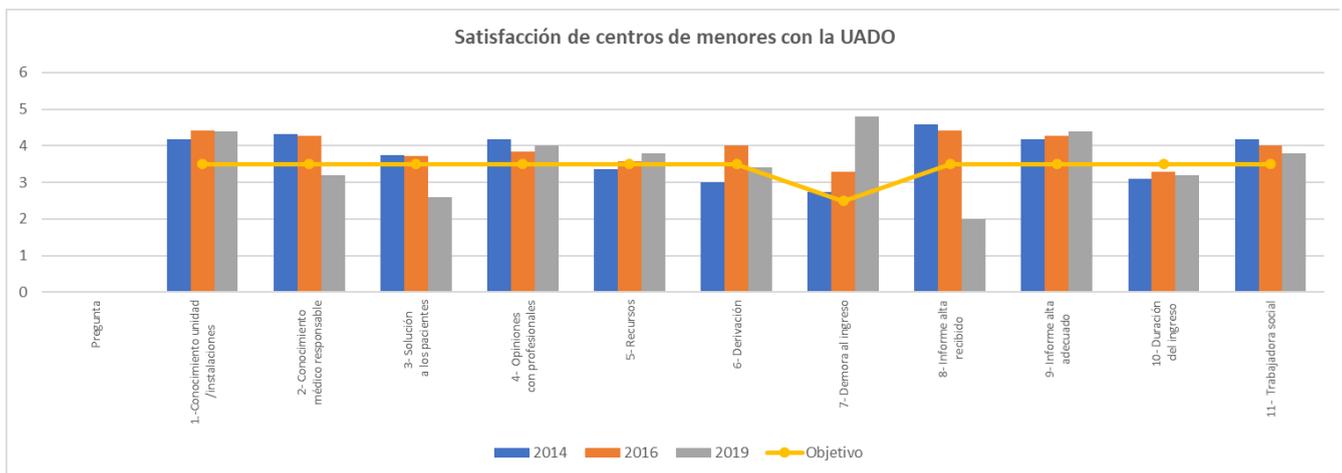
Satisfacción Aula Hospitalaria UADO.



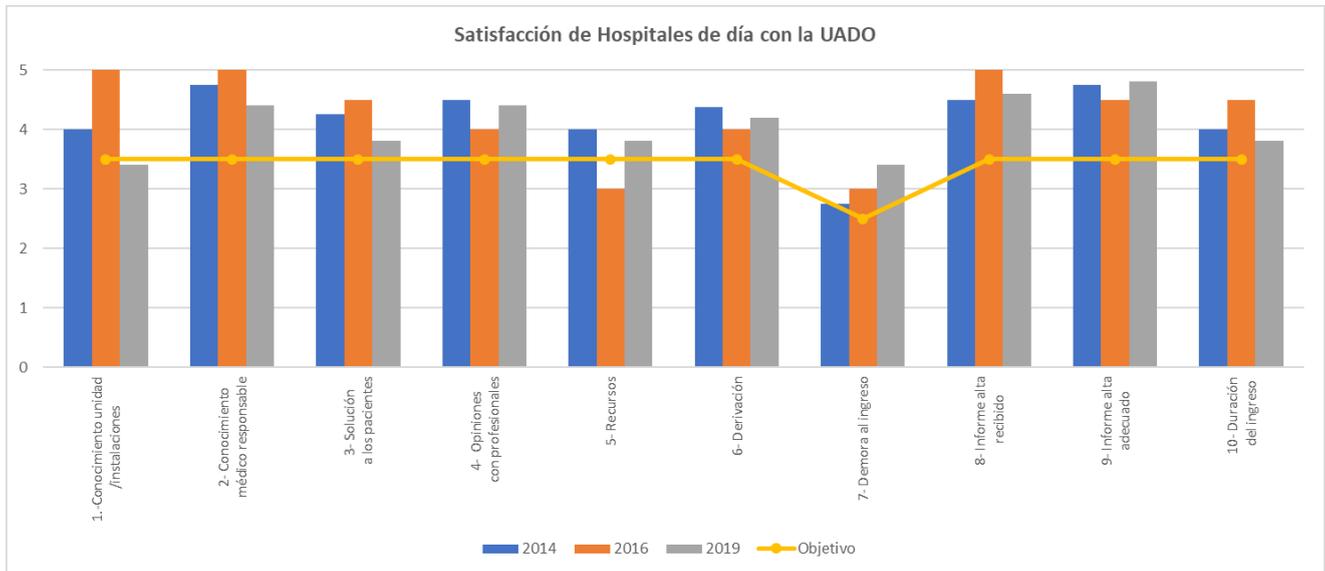
F) SATISFACCIÓN DE CENTROS DE MENORES Y HOSPITALES DE DÍA CON LA UADO

Se realizan estudios de satisfacción de ambos dispositivos con la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes por primera vez en el año 2014.

Satisfacción Centros de menores con UADO.



Satisfacción de Hospitales de día con UADO.



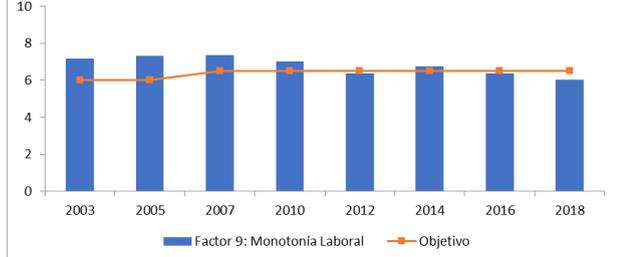
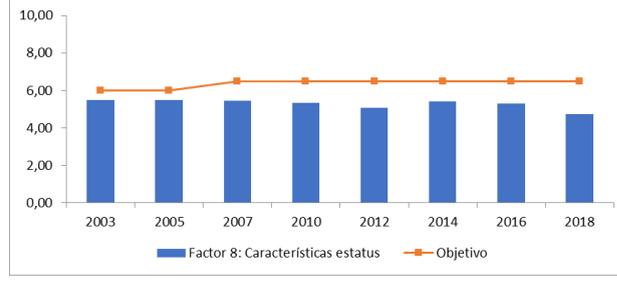
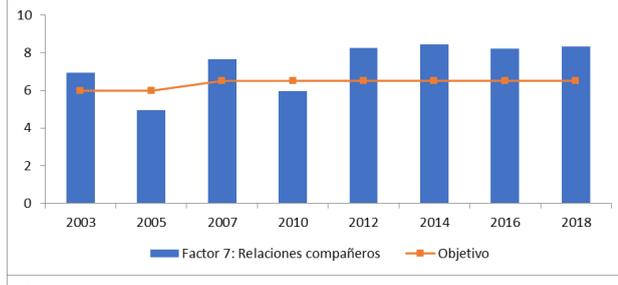
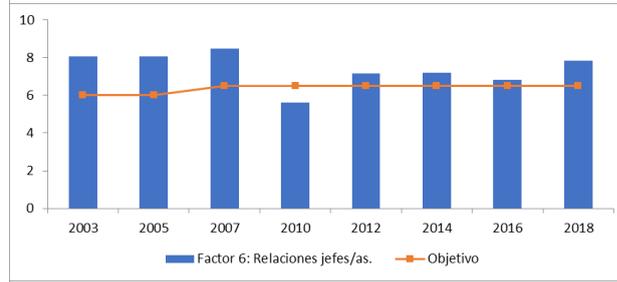
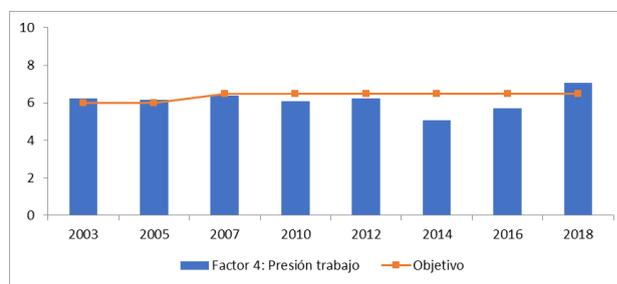
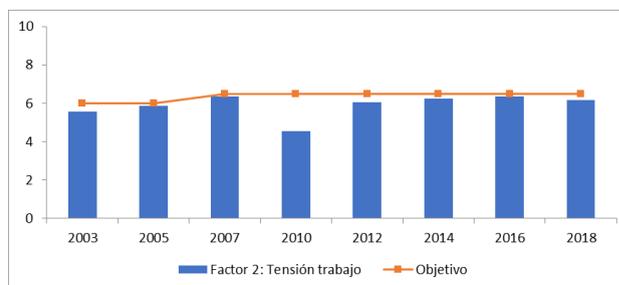
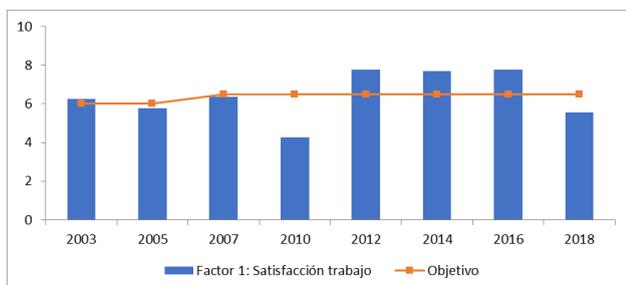
Las principales mejoras que se han realizado en los últimos años son las siguientes:

- 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 Instituto)
- 2) Se ha modificado la información que está en el Mapa de Procesos y en la web del Instituto relativa a cómo se realiza la derivación para ingreso desde los Centros de Menores.

6.2. Percepción de las personas

A) CLIMA LABORAL (FONT ROJA).

En el año 2003, se 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 el último año, la participación ha sido del 57,69%).

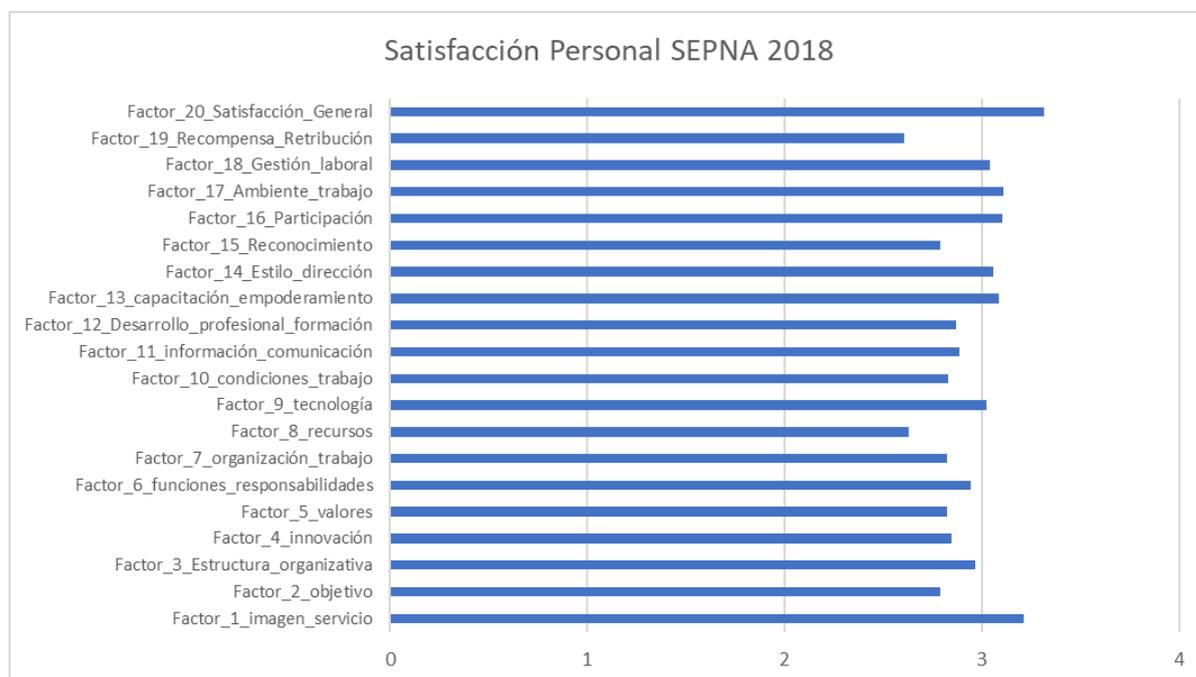


Los resultados se agrupan por factores Escala: 1 – 10. Objetivo: puntuación media de todos los factores $\geq 6,5$; la media. En función de los resultados, se identifican áreas de mejora y se crean grupos de trabajo formado por 5 miembros voluntarios. Entre las acciones llevadas a cabo hasta la fecha 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.

B) ENCUESTA SATISFACCIÓN PERSONAL - COMPARATIVA CON HOSPITAL.

Además de la encuesta de clima laboral bianual, a partir del año 2018 se implanta 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 Instituto ha sido de 2,94 sobre 4. Los datos se segmentan por colectivo y por tipo de pregunta incluida en cada factor.



6.3. Percepción de la sociedad

A) RECONOCIMIENTOS y COMPARACIONES

La difusión del trabajo llevado a cabo en el Instituto ha sido objeto de reconocimientos externos. A efectos comparativos es especialmente importante resaltar que nuestro Instituto ha sido **el mejor clasificado de España en los últimos 5 años** 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, 2017, 2018 y 2019** 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** y renovado en **2019**, el **Premio Nacional a la Excelencia en la Gestión Pública de la AEVAL** de **2016** y el **Premio Iberoamericano de Calidad Galardón Oro**, de **2017**.

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

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

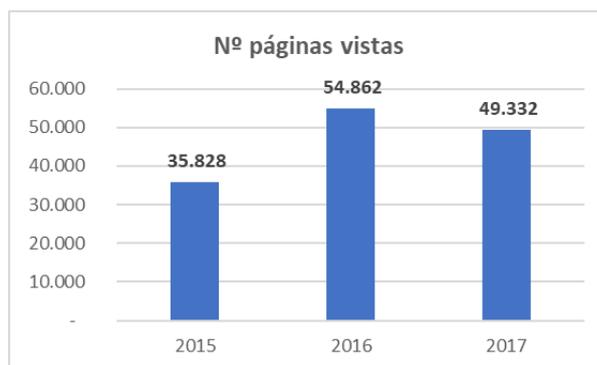
Información orientada a otros profesionales. El Instituto, a través de la web, comparte desde 2003 todos sus instrumentos asistenciales y de gestión con otras organizaciones.

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 Instituto por pertenecer a otras áreas sanitarias o comunidades autónomas que se responden en un plazo inferior a una semana.

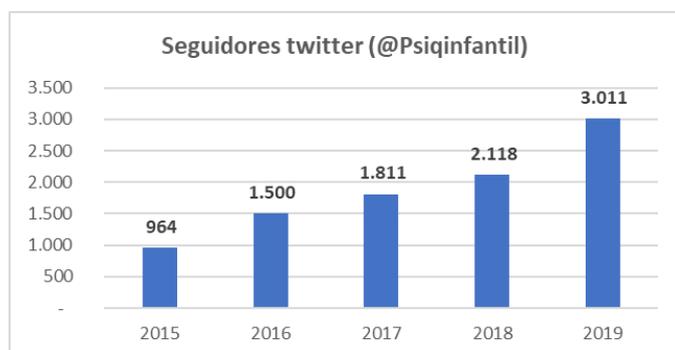
Visitantes a la web



Nº páginas vistas



Seguidores twitter



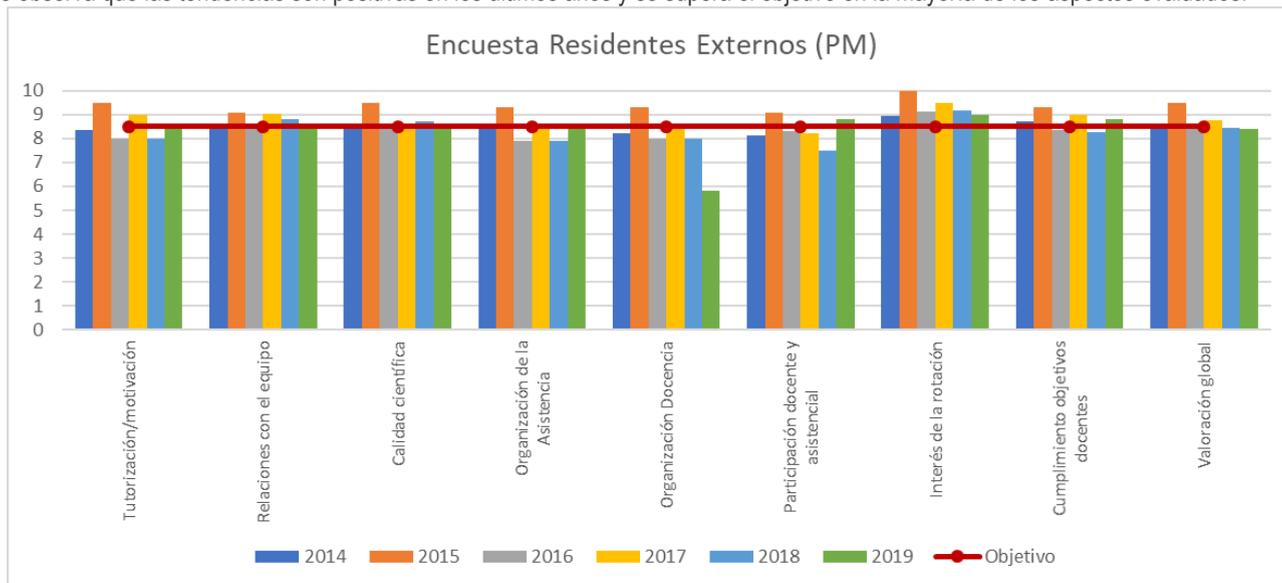
Además, hemos habilitado recientemente una dirección de twitter del Instituto (@maranon_ips), que ya dispone de 131 seguidores.

6.4. Percepción de partners y proveedores

A) 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.



B) 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 Instituto. 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 Instituto, recogiendo en el mismo varios programas del Instituto como prioritarios. Profesionales del Instituto participan actualmente en la elaboración del nuevo Plan de Salud Mental. Desde 2008 el Instituto 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 Director del Instituto 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 Instituto. Es también asesor de la Comisión Europea a través del Consejo Europeo del Cerebro. Ha intervenido en varias ocasiones en Parlamento y Senado españoles, Parlamento Europeo y Consejo de Europa en aspectos relacionados con la salud mental. Ha editado el libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente en España y el informe INESME sobre la salud mental en nuestro país.

Criterio 7. RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

A) RECLAMACIONES

El tiempo de respuesta ha cumplido el objetivo de menos de 15 días (pacto objetivos). Aunque es el pactado desde la Dirección, 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 Instituto. En la tabla se reportan los datos de SEPNA por motivos comparativos, pero desde la creación del Instituto las contestaciones también se han dado en menos de 15 días en el 100% de los casos. Desde hace 3 años se analiza al menos una reclamación al año para desarrollar e implementar un área de mejora.

RECLAMACIONES SEPNA										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nº reclamaciones (obj: ≤6)	0	6	1	5	3	3	6	7	9	3
% respuestas en < 15 días	NA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

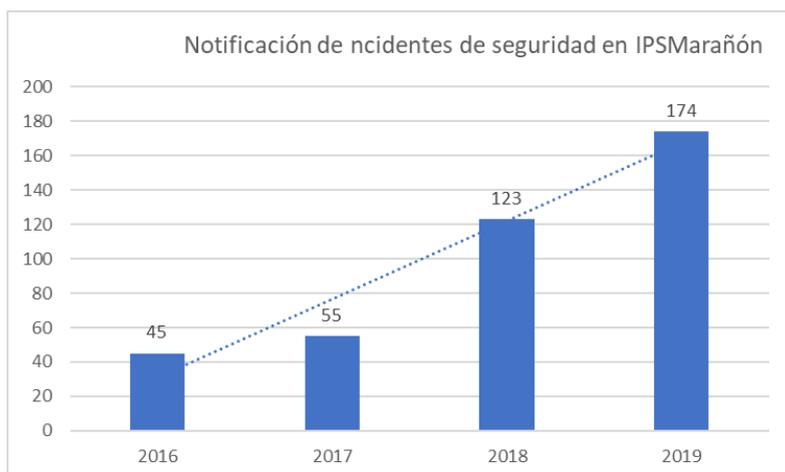
B) CAIDAS

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 factor de incidencia por caídas. 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.



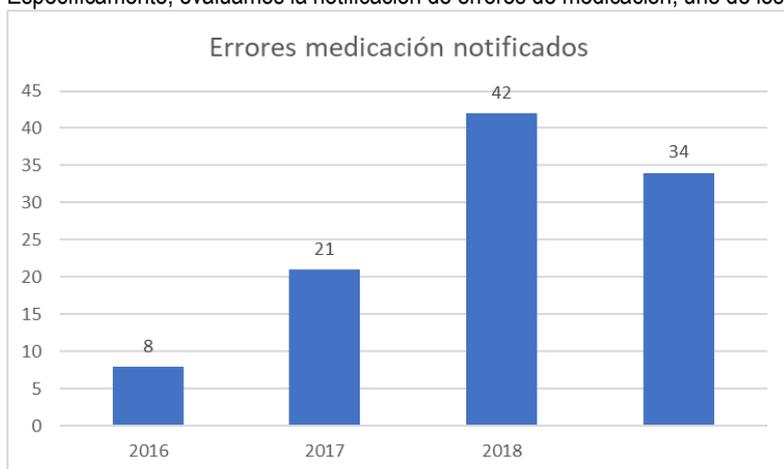
C) INCIDENTES DE SEGURIDAD

Otro de los aspectos clave para la seguridad de los pacientes es identificar y notificar por parte de nuestro personal, los incidentes de seguridad 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 Instituto.



D) ERRORES DE MEDICACIÓN

Específicamente, evaluamos la notificación de errores de medicación, uno de los posibles incidentes más relevantes en nuestra actividad.



E) 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.

F) SUJECIONES

Se registran desde 2003 y 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.

SUJECIONES							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nº de eventos	578	740	837	501	450	392	498
Nº de pacientes	216	196	215	211	195	155	190
Promedio	2,68	3,78	3,89	2,37	2,31	2,53	2,62

G) 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.

CONSULTAS EXTERNAS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
<i>Pacientes atendidos</i>	2.229	4.010	6.363	10.262	13.887	14.415	14.082	15.599	14.389	14.967	56.277
<i>Pacientes nuevos</i>	362	565	783	1.202	2.267	2.322	1.486	2.600	2.520	2.734	10.114
<i>Revisiones</i>	1.867	3.445	5.580	9.060	11.620	12.093	12.596	12.899	11.869	12.593	46.763
<i>Ind. rev/nuevo</i>	5,16	6,09	7,12	7,54	5,13	520	5,77	5,56	5,45	4,52	4,62

*dato relativo a las consultas de todo el IPSM. Los datos previos se corresponden con SEPNA.

H) FORMACIÓN

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. Desde 2019 la información que se recoge tiene que ver con que los profesionales hayan recibido cursos de formación, lo que se ha cumplido en el 100% de los casos.

NÚMERO DE CURSOS DE FORMACIÓN RECIBIDOS POR PROFESIÓN

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Psiquiatras</i>	10	16	24	25	20	50	78	74	75	90	95
<i>Enfermería</i>	22	28	27	30	69	36	11	20	25	3	55
<i>Trabajo Social</i>	3	0	2	5	3	3	4	4	2	4	--
<i>Psicología</i>	3	7	5	43	68	63	45	38	39	41	80
<i>Terapia ocupacional / Profesores</i>	4	3	0	5	1	1	1	1	2	2	8

I) PUBLICACIONES y COMUNICACIONES 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.

PUBLICACIONES Y COMUNICACIONES

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Publicaciones científicas</i>	34	18	13	25	20	56	45	48	44	45	38	49
<i>Capítulos de libros</i>	4	1	4	3	1	7	15	12	12	7	7	7
<i>Comunicaciones y posters</i>	38	42	77	114	46	124	101	117	102	58	103	98

J) PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PERSONAS

La participación se ha mantenido muy alta y por encima del objetivo propuesto.

PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

	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

K) AGRESIONES

El indicador de agresión es uno de los indicadores incorporados en el último año. Los resultados son los siguientes:

AGRESIONES

	2019 UADO	2019 ADULTOS
<i>Agresión física</i>	83	37

L) FINANCIACIÓN

La financiación obtenida de fondos públicos y privados es una forma de evaluar el prestigio del Instituto 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.

FINANCIACIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (cifras en €)								
Proyecto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	3.345.406	1.094.363	1.110.650	1.519.576	1.432.802	1.566.189	4.500.399	3.512.323

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

M) 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 se muestra la evolución en los últimos 17 años y la comparación con el Niño Jesús y el Clínic durante los 2 últimos años. En 2019, al unificarse el Instituto, han rotado 61 residentes entre MIR y PIR. Se facilitan os datos previos de SEPNA para ver tendencias

Número de residentes que rotan en SEPNA por año



N) PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA

DATOS DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA DEL SERVICIO										
Año	Pr	GC	T	Pa	PP	PC	PPD	PPC	Total P	Total P FI
2010	25	0	1	0	-	-	-	5	17	56,39
2011	18	0	0	0	18	14	10	11	32	136,81
2012	20	1	1	0	14	5	5	14	20	82,01
2013	25	3	2	0	14	15	13	24	29	142,10
2014	33	2	3	0	8	23	15	26	31	207,70
2015	35	1	1	0	6	30	17	27	48	183,138
2016	25	2	1	0	4	40	15	31	44	192,951
2017	35	1	3	0	4	41	20	33	45	248,543
2018	26	0	1	0	2	34	12	26	38	201,6
2019	42	3	4	0	4	45	19	33	49	221,43

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)..

O) IMPACTO EN MEDIOS

APARICIONES EN MEDIOS																		
	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Diarios regionales	-	3	2	1	-	3	24	2	1	4	6	1	28	12	12	37	-	37
Diarios nacionales	11	1	4	7	8	12	50	35	38	55	44	57	134	104	118	149	184	149
Radios regionales	-	-	1	3	-	-	-	1	3	0	0	1	1	1	5	0	-	0
Radios nacionales	-	-	1	1	-	2	2	2	5	6	2	5	14	4	8	4	10	4
Televisión regional	-	-	-	-	1	1	4	4	3	0	0	2	3	2	2	6	-	6
Televisión nacional	1	2	4	2	1	7	1	6	2	3	7	5	5	3	6	3	1	3
TOTAL	12	6	12	14	10	25	81	50	52	68	59	71	185	126	151	197	195	191

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 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