

MEMORIA

EFQM

2023

INDICE

INFORMACIÓN CLAVE	3
HECHOS Y DATOS	3
RETOS Y ESTRATEGIA	5
OPERACIONES, PARTNERS Y PROVEEDORES	8
MERCADO, CLIENTES Y PRODUCTOS, SERVICIOS Y SOLUCIONES	9
ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN	14
NUESTROS VALORES	16
CRITERIO 1 – PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA	18
1.1. Definir el propósito y la visión	19
1.1.1. Propósito	19
1.1.2. Visión	20
1.1.3. Implicación de los grupos de interés en el propósito y la visión	21
1.2. Identificar y entender las necesidades de los grupos de interés	22
1.2.1. Identificación de los grupos de interés clave	22
1.2.2. Necesidades y expectativas de los grupos de interés clave	23
1.3. Comprender el ecosistema, las capacidades propias y los principales retos	24
1.3.1. Nuestro ecosistema	24
1.3.2. Identificación de las megatendencias y su impacto en el ecosistema	25
1.3.3. Nuevas corrientes terapéuticas. Escenarios futuros	26
1.3.4. Objetivos de desarrollo sostenible y ecosistema	27
1.4. Desarrollar la estrategia	28
1.4.1. Proceso de desarrollo y revisión de la estrategia	28
1.4.2. Pacto de objetivos anuales	30
1.4.3. Despliegue e implantación de la estrategia	31
1.5. Diseñar e implantar un sistema de gestión y de gobierno	32
1.5.1. Diseño del sistema de gestión y gobierno de la organización	32
1.5.2. Comisiones, Grupos de Mejora y foros externos	33
CRITERIO 2 – CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO	35
2.1. Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores	37
2.2. Crear las condiciones para hacer realidad el cambio	43
2.3. Estimular la creatividad y la innovación	47
2.4. Unirse y comprometerse en torno a un propósito, visión y estrategia	52
CRITERIO 3 – IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS	54
3.1. Clientes: Construir relaciones sostenibles	56
3.2. Personas: Atraer, implicar, desarrollar y retener el talento	63
3.3. Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo	69
3.4. Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad	72
3.5. Partners y proveedores: Construir relaciones y asegurar su compromiso para crear valor sostenible	76
CRITERIO 4 – CREAR VALOR SOSTENIBLE	80
4.1. Diseñar el valor y cómo se crea	80
4.2. Comunicar y vender la propuesta de valor	86
4.2.1. Comunicación de la propuesta de valor	86
4.3. Elaborar y entregar la propuesta de valor	88
4.4. Diseñar e implantar la experiencia global	95
CRITERIO 5 – GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACIÓN	100
5.1. Gestionar el funcionamiento y el riesgo	102
5.2. Transformar la organización para el futuro	105
5.3. Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología	106
5.4. Aprovechar los datos, la información y el conocimiento	112
5.5. Gestionar los activos y recursos	115
CRITERIO 6 – PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	119
6.1. Resultados de percepción de clientes	121
6.2. Resultados de percepción de personas	132
6.3. Resultados de percepción de inversores y reguladores	135
6.4. Resultados de percepción de la sociedad	137
6.5. Resultados de percepción de partners y proveedores	141
CRITERIO 7 – RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO	146

INFORMACIÓN CLAVE

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) y en los Centros de Salud Mental (CSM) de Moratalaz-Vicálvaro y Retiro, 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: hospitalización de psiquiatría (adultos y adolescentes), interconsulta, urgencias, programas específicos, atención ambulatoria hospitalaria y centros de salud mental.

El innovador modelo de gestión desarrollado ha producido ya en este corto espacio de tiempo varios avances que están contribuyendo 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 clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros, que suman más de 300), para darles una mayor capacidad de gestión.
- Adoptar un innovador modelo basado en la gestión por procesos, donde los profesionales pueden ser dueños 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 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-Vicálvaro
- Centro de Salud Mental de Retiro
- Urgencias
- Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología

El Instituto desarrolla funciones de prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento integral, investigación y docencia. La cartera de servicios es la siguiente:

- Tratamiento integral bio-psico-social de personas con trastorno mental
- Tratamiento psiquiátrico en régimen de hospitalización breve, tanto hospitalaria como domiciliaria.
- Tratamiento médico integral de personas con trastorno mental por parte de las distintas especialidades médicas

- Tratamiento psiquiátrico y psicológico en régimen de hospital de día
- Atención a urgencias psiquiátricas
- Coordinación con instituciones sociales, educativas, de justicia y sanitarias extrahospitalarias
- Programas específicos ambulatorios
- Programas de salud mental en los centros educativos
- Docencia pregrado, postgrado y formación continuada
- Evaluación y tratamiento mediante interconsulta y enlace
- Investigación

La actividad se divide en 3 áreas principales, que se detallan en el apartado de mercado y clientes:

1.- Actividad Asistencial:

- Psiquiatría del Adulto
- Psiquiatría del Niño y del Adolescente
- Centros de Salud Mental de Retiro y de Moratalaz
- Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología
- Urgencias

2. Actividad docente. Como Instituto integrado en un Hospital Universitario se desarrolla una gran actividad docente (pregrado y postgrado) que abarca distintas disciplinas.

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.

Nuestro propósito

Ofrecer una atención excelente y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales o con riesgo de padecerlos y sus familias, implicando a todos ellos en su recuperación o prevención, promoviendo la innovación, la docencia y la investigación.

El liderazgo del Instituto 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 (SEPSM, CIBERSAM, AEPNyA, Patología Dual, Psiquiatría Legal, Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia...).
- Referente internacional en psiquiatría del niño y del adolescente y en patologías como psicosis, trastornos del espectro autista o patología dual.
- Referente nacional en colectivos de especial vulnerabilidad psicosocial: discapacidad auditiva, violencia de género, autismo, discapacidad intelectual.
- Liderazgo en atracción de residentes y formación posgrado y resultados excelentes en investigación.
- Mejor hospital de Psiquiatría a nivel nacional según el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) en 2015, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022 y 2023, reconocimiento al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada.
- 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 9 años seguidos (2014-2023).
- Reconocimiento de Buenas Prácticas del Sistema Nacional de Salud para el Programa ATIENDE que aborda la salud mental de las víctimas de Violencia de Género
- Premio Avedis Donabedian en Salud Mental y Adicciones. 2013 y 2018.
- Premio BIC 2014, 2017 y 2021 al Mejor Servicio de Psiquiatría y Premio BIC 2012, 2019, 2020 y 2021 en la Especialidad de Esquizofrenia. Diploma 5 estrellas BIC a la mejor Unidad en Esquizofrenia, 2021. Diploma a la Excelencia 5 estrellas BIC, marzo 2023.
- Sello Excelencia +500 EFQM. Club de Excelencia en Gestión y EFQM.
- Reconocimiento Madrid Excelente, Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Fundación Madrid por la Excelencia. Vigente desde mayo 2019.
- Premio a la Mejor iniciativa de transformación asistencial de New Medical Economics 2020 al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.
- Primeras Jornadas sobre Innovación y Buena Práctica Clínica organizadas por el Instituto (marzo 2023) destinadas a difundir buenas prácticas en clínica, gestión e investigación y a promover el benchmarking.

Ver anexo 1: Ruta hacia la excelencia.

Ver anexo 2: Listado de reconocimientos y premios.

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. El propósito, la 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 publicaciones científicas, 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 de mejora.

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.

Nuestra visión

Ser centro referente nacional e internacional en asistencia, investigación y docencia en salud mental en el que los profesionales trabajen de manera eficiente, comprometida y sensible especialmente con personas con vulnerabilidad biopsicosocial.

Nuestro principal reto: la transformación

La organización como Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPSMarañón) 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.

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:

- 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 los distintos dispositivos del Instituto.
- **Coordinación y comunicación 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, con vocación de llegar allí donde se encuentra la necesidad.
- **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.
- Creación de una **Comisión de Atención primaria y Psiquiatría** para mejorar la accesibilidad y atención.

Objetivos de desarrollo sostenible y la agenda 2030

A pesar de todos los avances realizados, todavía se sigue estigmatizando a las personas diagnosticadas con un trastorno mental. En este sentido, las Naciones Unidas ya han empezado a desarrollar programas para promover el desarrollo de los servicios de salud mental, como el lanzamiento de la estrategia de salud mental y bienestar en el lugar de trabajo, ya que esta problemática es universal.

El IPSMarañón desarrolla su estrategia teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible y de la Agenda 2030, principalmente impactando en 10 objetivos:

- ODS 3: Salud y Bienestar
- ODS 4: Educación de calidad
- ODS 5: Igualdad de género
- ODS 7: Energía asequible y no contaminante
- ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico
- ODS 9: Industria, innovación e infraestructura
- ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles
- ODS 12: Producción y consumo responsables
- ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas
- ODS 17: Alianzas para lograr los objetivos: Alianzas para lograr los objetivos

La actividad del IPSMarañón impacta claramente en este objetivo; la salud mental es una de las prioridades para garantizar la salud de la población. Las prácticas innovadoras que el IPSMarañón desarrolla y que hemos descrito durante esta memoria, repercuten de forma directa en la mejora de la salud de la población.

El impacto que tiene la actividad del IPSMarañón sobre la sociedad es evidente, ayudando a reducir la brecha de desigualdad que existe con las personas con problemas de salud mental. Los programas innovadores descritos suponen que cada vez se avanza en técnicas, prácticas y métodos para afrontar las enfermedades de salud mental con mayor garantía.

El IPSMarañón, como referencia internacional en el campo de la Psiquiatría y Salud Mental, tiene un impacto reconocido en los sistemas de salud de otros países. El fuerte desarrollo en investigación con entidades y alianzas internacionales fomenta el desarrollo de alianzas potentes y la publicación de resultados que transforman la práctica asistencial y que contribuyen de manera decisiva a cumplir los objetivos de desarrollo sostenible.

OPERACIONES, PARTNERS Y PROVEEDORES

Nuestros grupos de interés

Dentro de su política de gestión de los grupos de interés, el equipo directivo ha realizado un análisis profundo y segmentado de los distintos grupos de interés, con el fin de identificar los más relevantes para la estrategia y sus necesidades y expectativas clave que debemos satisfacer. Nuestros grupos de interés más importantes son los siguientes:

- **Cientes:** pacientes, familiares, estudiantes y residentes.
- **Personas:** profesionales y residentes.
- **Inversores/reguladores:** SERMAS - Consejería Sanidad - Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la CAM, y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Sociedad:** ONGs/entidades sin ánimo de lucro e iniciativa social, Asociaciones de pacientes y familiares, Sociedades Científicas, medios de comunicación.
- **Partners:** Servicios Sanitarios, Servicios Sociales, Servicios educativos, Fundaciones, CIBERSAM/otros partners de investigación e innovación, IISGM, Atención primaria y la Universidad Complutense.
- **Proveedores:** de servicios y tecnológicos.

Dentro del proceso, se han identificado los grupos de interés clave mediante una matriz de priorización, con el fin de orientar y focalizar la estrategia de la organización en este nuevo ciclo. Así, se identifican 8 grupos de interés clave, que son los siguientes:

- **Cientes:** Pacientes y familiares
- **Personas:** Trabajadores.
- **Inversores / Reguladores:** SERMAS/Consejería Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la CAM y HGUGM.
- **Sociedad:** Asociaciones de pacientes.
- **Partners y proveedores:** Atención primaria, Instituto de Investigación y Servicios Sociales.

Nuestra propuesta de valor

Nuestro propósito establece hacia dónde debemos evolucionar en nuestra propuesta de valor de cara al futuro. Entendemos nuestra propuesta de valor como el valor diferencial que nuestros servicios ofrecen a nuestros principales grupos de interés, aquello que nos diferencia frente a otras organizaciones sanitarias.

La propuesta de valor parte de las expectativas identificadas por nuestros grupos de interés y trata de definir qué valor aportamos para satisfacerlas. Establecemos la propuesta de valor en base al Modelo Canvas, identificando para cada grupo de interés clave las expectativas clave que esperan recibir y la propuesta de valor asociada. En el Anexo 5 identificamos la propuesta de valor detallada para cada grupo de interés.

Experiencia del paciente

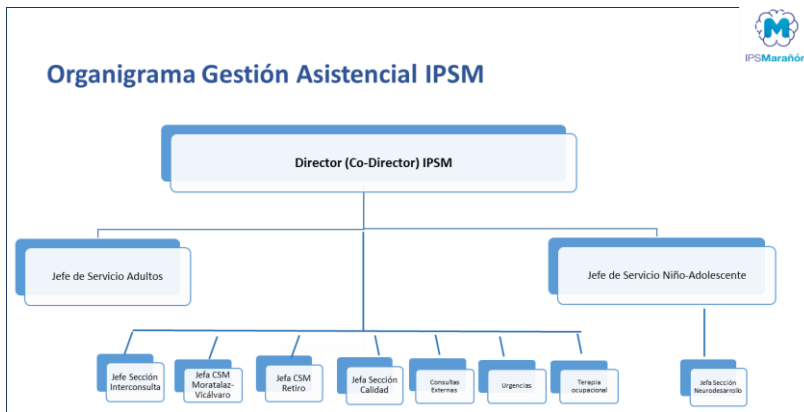
En línea con la identificación de la propuesta de valor, el IPSMarañón ha desarrollado y promovido la mejora de la experiencia del paciente de forma proactiva. Las principales iniciativas en este sentido son las siguientes:

- **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 seguridad, por ejemplo, han participado en mejorar la identificación inequívoca mediante pulsera identificativa y también en desarrollar 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, o desarrollar una App para seguimiento de síntomas de psicosis por parte de los pacientes adolescentes.

- Comisión de Usuarios. Se constituyó en 2019, se reúne de manera cuatrimestral y agrupa a representantes de pacientes, familiares y vecinos. Esta comisión asesora sobre aspectos asistenciales y de gestión, participa en grupos de trabajo del Instituto sobre mejoras asistenciales y permite priorizar aspectos relevantes para pacientes y familias en la agenda de mejora del Instituto. Alguna de las acciones de mejora derivadas de esta comisión han sido el desarrollo el grupo Stop Sujeciones para disminuir las sujeciones a pacientes ingresados o la creación de la figura de Enfermera de Urgencias de Psiquiatría.
- Participamos en la Comisión de Humanización del Hospital para el desarrollo de Planes de Humanización.
- Se ha incorporado desde el año 2021 la metodología NPS.

MERCADO, CLIENTES Y PRODUCTOS, SERVICIOS Y SOLUCIONES

Nuestra actividad se puede dividir en tres bloques:



1.- Actividad Asistencial:

El área de asistencia del IPSMarañón son los distritos de Retiro y Moratalaz-Vicálvaro. Además, desde el IPSMarañón se han desarrollado múltiples programas específicos para patologías mentales específicas, la mayoría de referencia para toda la CM, lo que supone una población de referencia de 6.454.000 habitantes. Estos programas proporcionan atención experta, especializada y multidisciplinar 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. Además, la posibilidad de libre elección de médico en la CM ha supuesto que las peticiones de asistencia psiquiátrica ambulatoria en el IPSMarañón se hayan multiplicado en los últimos años.

Psiquiatría del Adulto

Ofrece asistencia especializada diversificada que no sólo incluye la hospitalización psiquiátrica sino una cobertura asistencial de tipo psicosocial única en su entorno dirigida a colectivos de pacientes de especial vulnerabilidad social y sanitaria. 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 en mayores de 18 años y con una larga y complicada evolución (CLINICA TCA, que desde 2023 gracias a la Alianza Estratégica con el Hospital de Santa Cristina se constituye en el Programa Integral de Atención a TCA, -PIATCA-) y de la salud mental de las personas sordas (USMS), 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.

El Servicio de Psiquiatría del Adulto asume en su Unidad de Hospitalización Breve las necesidades de tratamiento hospitalario de la población de los Distritos de Retiro y Moratalaz-Vicálvaro así como de los pacientes que están siendo tratados en sus Unidades de Referencia. La Unidad de Hospitalización Breve ofrece desde 2021 hospitalización en régimen abierto (UA) junto con hospitalización en régimen de observación (UO). Para ello cuenta con 45 camas con 22 habitaciones dobles con baño incorporado, 1 habitación individual de observación con baño incorporado. Además, desde 2022 funciona la hospitalización a domicilio, con capacidad para atender hasta 8 pacientes.

Tiene también Hospital de Día de adultos, con 24 plazas, donde se ofrece tratamiento multidisciplinar intensivo incluyendo psicoterapia individual, grupal y familiar.

Los programas específicos de esta área son los siguientes:

- **Programa ATIICO:** atención multidisciplinar, integral, intensiva, con orientación psicoterapéutica y adaptada a las necesidades, para pacientes con diagnóstico de psicosis que no se adhieren a los dispositivos asistenciales comunitarios.
- **Programa ATIENDE:** evaluación y tratamiento de salud mental de 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 financiado por el Plan Regional contra la Violencia de Género de la CM. En muchos casos, junto con la evaluación se lleva a cabo atención terapéutica de mujeres y menores por la alta complejidad de la situación.
- **Unidad de Salud Mental para personas sordas:** dirigida al conjunto de personas sordas con trastornos mentales y/o conductuales que, bien por sus dificultades de comunicación o 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.
- Programa de Adicciones Comportamentales (AdCom): dirigido a las personas que sospechan tener adicciones comportamentales y/o derivadas de la tecnología. Incorpora un innovador sistema de cribado rápido, al que es posible acceder directamente mediante una app alojada en la tarjeta sanitaria virtual. Atiende adultos y adolescentes.

Desde 2023, merced a la formalización de la Alianza Estratégica entre el IPSMarañón y el Hospital Universitario Santa Cristina, se ha creado el Programa de atención Integral a los TCA (PIATCA). Este nuevo dispositivo surge de la fusión de los recursos de la Clínica TCA IPSMarañón, un recurso ambulatorio, y de la Unidad de Día de Tratamiento Intensivo, un recurso de hospitalización parcial del Hospital Santa Cristina. Con este modelo de gestión que supone la Alianza Estratégica, los pacientes con trastornos de conducta alimentaria y sus familias reciben una atención integral e integrada pudiendo recibir el recurso idóneo en cada momento evolutivo, desde la atención ambulatoria, a la hospitalización psiquiátrica, pasando por la unidad de día.

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, programa de asistencia intensiva ambulatoria, consultas externas (con programas específicos, algunos de ellos de referencia para toda la Comunidad de Madrid) e interconsulta hospitalaria. Desarrolla además una importante actividad docente e investigadora.

El Servicio cuenta con Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes (UADO), que cubre la hospitalización de adolescentes entre los 12 y los 17 años cuya patología no puede ser tratada en otro dispositivo terapéutico menos restrictivo. Es un recurso supra área, con una población de referencia de 4.070.643 habitantes y 354.372 menores de edad. La actividad principal es la evaluación, intervención en crisis y estabilización de pacientes

agudos, para lo que cuenta con 20 camas en habitaciones dobles, además de una habitación de seguridad, otra de discapacidad, 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.

Unidad de Hospitalización a Domicilio de niños y adolescentes: desde 2023 funciona la hospitalización a domicilio, con capacidad para atender hasta 8 pacientes.

El programa intensivo de salud mental para adolescentes en régimen de hospitalización parcial (PRISMA), para adolescentes entre 12 y 17 años, tiene programas específicos para tratamiento intensivo de menores y sus familias, especializados en atención a problemas de personalidad y riesgo de suicidio (ATRAPA), psicosis adolescente (PIENSA) y transición a tratamiento en otros dispositivos.

Otros programas específicos desarrollados desde el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente 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. Desde su inicio en 2009 se ha atendido a más de 4850 personas con autismo.

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

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

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

-Psiquiatría perinatal: atención en salud mental a menores que precisan ingreso en Neonatología y a sus familiares.

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

-Programa menor infractor: para menores con medidas judiciales.

-ATIENDE-niños: para menores hijos de madres víctimas de violencia de género.

-Salud mental en las Escuelas: programa piloto de intervención y promoción / prevención de los problemas de salud mental en las escuelas ordinarias.

-Salud mental en Centros de Educación Especial: programa piloto de intervención y promoción / prevención de los problemas de salud mental en las escuelas de educación especial.

Centros de Salud Mental de Retiro y Moratalaz –Vicálvaro

Los Centros de Salud Mental (CSM) de Retiro y Moratalaz-Vicálvaro dependen de los Servicios de Psiquiatría del Adulto y del Niño y el Adolescente y desarrollan la asistencia psiquiátrica y psicológica ambulatoria general para los habitantes de ambos distritos (más de 200.000 habitantes).

En ambos CSM se lleva a cabo atención ambulatoria de niños, adolescentes y adultos con cualquier patología mental, incluyendo coordinación con múltiples recursos sanitarios, educativos, sociales y laborales. Además, se desarrollan el Programa de Continuidad de Cuidados, el Programa de Enfermería Comunitaria en todos los distritos y los siguientes programas específicos:

-ARSUIC: atención en los primeros 7 días a pacientes en los que se identifica riesgo suicida en la Urgencia para asegurar la continuidad asistencial.

INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

- Programas de atención al riesgo de suicidio (**PRISURE y PRISUMO**): programas que dan continuidad al programa ARSUIC en pacientes con riesgo moderado-alto de suicidio para proporcionarles una intervención ambulatoria inmediata, intensiva, integral y multidisciplinar.

-**Programa de Psicogeriatría**: dirigido a diagnosticar y tratar de manera precoz la patología psiquiátrica que se inicia en mayores de 65 años. Tiene como objetivos diagnosticar y tratar de manera precoz la patología psiquiátrica que se inicia en estas edades, realizar interconsulta ambulatoria con otras especialidades y visitas a residencia de mayores, además de la coordinación con los dispositivos sanitarios, sociales y judiciales.

-**Programa para Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y Grupo de Regulación Emocional**: programa estructurado multidisciplinar de intervención individual (psicología clínica, enfermería y psiquiatría) y grupal semanal basado en la terapia dialéctica comportamental (DBT).

-**DOLMEN** (Programa de dolor crónico y trastornos mentales): Programa multidisciplinar de intervención para el manejo de pacientes con dolor crónico, trastornos mentales y abuso de opioides. Forman parte de este programa, además del CSM Retiro del IPS, los servicios de Farmacia y la Unidad del Dolor (anestesiología) del Hospital Gregorio Marañón.

- **Programa de intervenciones familiares**: Dirigido a familias con alta densidad de trastornos mentales sintomáticos entre sus miembros, crisis estructurales familiares, trastornos psiquiátricos graves con mala evolución o familias multiproblemáticas. Mediante este programa se intenta optimizar el tratamiento y reducir el estigma y la discriminación, además de iniciar la formación en terapia familiar de residentes.

-**Programa de alto riesgo de psicosis**: dirigido a personas en riesgo de desarrollar trastornos psicóticos.

Interconsulta y Enlace de Psiquiatría y Psicología

La Unidad de Interconsulta del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Gregorio Marañón presta asistencia en salud mental (psiquiátrica y psicológica) a todos los pacientes ingresados en cualquier servicio médico o quirúrgico del Hospital y desarrolla programas de enlace con los diferentes servicios. Para ello dispone de actividad de interconsulta para pacientes hospitalizados, consultas externas, programas específicos y psicoterapia grupal (presencial y online).

• *Programas Específicos de Interconsulta y Enlace:*

- **Programa psicológico de Trauma**. Dirigido a pacientes con estrés traumático agudo (atentados, accidentes, agresiones, actos violentos, lesiones tras conductas suicidas).

- **Programa de Psico-oncología**. Actualizado en 2021. Prevención, detección, atención precoz e intervención en crisis sobre el impacto emocional y, en su caso, psicopatología que pueda generarse durante el proceso de la enfermedad oncológica.

- **Protocolo de Evaluación de Trasplantes. Protocolo de evaluación de trasplante renal de donante vivo**. Para evaluar el impacto psicológico y la capacidad de consentir.

- Intervención en **Programa de Psico-ginecología**. Dirigido a mujeres ingresadas en Ginecología que precisan atención en salud mental durante su ingreso.

- Intervención en **Programa de Perinatal**. Dirigido a mujeres ingresadas en Obstetricia que precisan atención en salud mental durante su ingreso.

- **Programa de cuidados paliativos**. Atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes hospitalizados en el servicio de Cuidados Paliativos y a los familiares de dichos pacientes.

- Programa de Enfermería de Enlace. Dirigido a los pacientes con enfermedad mental y sus familias cuando se encuentran en unidades de hospitalización fuera del ámbito de salud mental.
- Programa de Intervención Psiquiátrica y Psicológica en el CEIMI (Centro de Enfermedades Inflammatorias Mediadas por la Inmunidad). Desarrollado desde 2021. Atención en salud mental en régimen ambulatorio individual y grupal a los pacientes del CEIMI que reciben tratamientos biológicos.
- Programa de Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca. Desarrollado desde 2022. Atención psicológica tanto grupal como individual de los pacientes del Programa de Rehabilitación Cardíaca CEP Hermanos Sangro.
 - *Programas desarrollados con motivo de la pandemia que se mantienen durante 2021, 2022 y 2023:*
- Programa de atención psicológica al personal sanitario. Tratamiento individual y grupal de los profesionales sanitarios de los efectos a corto y medio plazo producidos por la pandemia y otros derivados de la misma, dando continuidad al Programa de Interconsulta COVID desempeñado en los primeros meses de pandemia.
- Programa de atención COVID POST-UCI. Incorporado en la atención integral de los pacientes COVID tras su estancia en UCI.
- Programa de estimulación cognitiva. Dirigido inicialmente a pacientes COVID con estancia prolongada en UCI, ampliado posteriormente a pacientes con Síndrome Confusional Agudo (SCA), Daño cerebral adquirido y Deterioro cognitivo en relación al ingreso hospitalario.

Urgencias

Se atienden urgencias en el Hospital Central (desde 16 años en adelante) y en el Materno Infantil (hasta 15 años) por un equipo que incluye psiquiatras y enfermeras de salud mental que está priorizando la protocolización de la asistencia en urgencias.

2. Actividad docente- Se imparten clases y prácticas a estudiantes de medicina, enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional y psicología clínica, además de tener residentes en psiquiatría del adulto, psiquiatría infantil y de la adolescencia, psicología clínica y enfermería de salud mental. Además, se organiza docencia postdoctoral en Másteres como el Máster de Introducción a la Investigación en Salud Mental o el Máster de Neurociencias. Para potenciar el aspecto docente, el Instituto tiene convenios con distintas Universidades Nacionales e internacionales como la Universidad de Maryland o la Universidad de California-San Francisco (ambas en EEUU) o el Kings College London.

3. Actividad investigadora- Los distintos trabajadores del Instituto realizan una prolífica actividad investigadora, desarrollándose proyectos de investigación multicéntricos a nivel nacional e internacional. El Instituto es referente internacional en varias patologías como los trastornos psicóticos o 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 o han presidido las organizaciones profesionales más prestigiosas, como el European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) o la Sociedad Española del Niño y del Adolescente (AEPNyA). Se ha participado y coordinado más de 15 proyectos internacionales con una captación media de fondos competitivos superior al millón y medio de euros anuales en los últimos años.

Entorno competitivo

Aunque no se puede hablar de competencia en términos de mercado entre organizaciones de la red pública, los Servicios de los Hospitales del SERMAS compiten de alguna forma entre ellos para generar confianza en el paciente. Consideramos, como referencia de comparación, a algunos servicios de prestigio a nivel nacional, y utilizamos sus datos para compararnos, aprender y buscar la mejora continua, tanto en la parte asistencial, como en la de docencia e investigación.

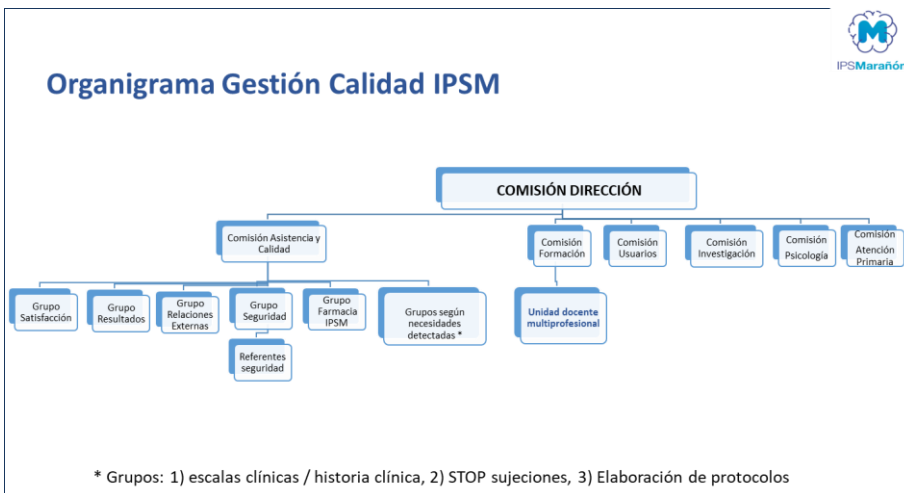
ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN

Estructura de gobierno.

La Comisión de Dirección está compuesto por:

- Director del Instituto (Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente)
- Co-director del Instituto (Jefe del Servicio de Psiquiatría de Adultos)
- Jefa de Enfermería de Psiquiatría
- Jefa del CSM de Moratalaz-Vicálvaro
- Jefa del CSM de Retiro
- Jefa de Sección de Calidad en Psiquiatría
- Jefa de Sección de Neurodesarrollo
- Jefe de Sección de Interconsulta
- Coordinadora de la Comisión Psicología Clínica
- Subgerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Además, en virtud de las alianzas estratégicas vigente con el Hospital Universitario del Sureste y el Hospital Universitario Santa Cristina, la Jefa de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario del Sureste y el Jefe de Sección de Trastornos de Conducta Alimentaria (alianza estratégica Hospital Universitario Santa Cristina, PIATCA) también forman parte de la Comisión de Dirección.

La gestión de la organización se estructura en sistemas de reuniones, Comisiones y Grupos de Mejora. A continuación, se muestra el organigrama de gestión de calidad.



Las principales Comisiones y Grupos son las siguientes:

- Comisión de Asistencia y Calidad
- Comisión de Investigación
- Comisión de Atención Primaria
- Comisión de Usuarios
- Comisión de Psicología
- Comisión de Formación
- Grupo de Resultados
- Grupo de Satisfacción
- Grupo de Seguridad
- Grupo de Relaciones externas
- Grupo de Tutores

Gestión por procesos. El Sistema de gestión del IPSMarañón está basado en la Gestión por Procesos, de manera que consigue integrar las distintas normas, modelos, estándares y requisitos necesarios para ofrecer la máxima calidad y seguridad para los pacientes. En el sistema integrado se contemplan e integran los siguientes referenciales:

- Modelo EFQM. Autoevaluaciones realizadas desde el año 2003. El Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente dispone de Sello de Excelencia EFQM 500+. En el año 2023 el alcance se amplía a todo el Instituto, consiguiendo también el Sello de Excelencia EFQM +500.
- Normas ISO 9001. El IPSMarañón está certificado de acuerdo con la norma internacional ISO 9001, dentro de la certificación del HGUGM.
- Joint Commission International. El HGUGM es el hospital más grande y de mayor complejidad en España que ha obtenido la acreditación JCI; el IPSMarañón ha formado parte esencial para esta acreditación.
- Normas ISO 14001. El IPSMarañón está certificado de acuerdo con la norma internacional ISO 14001, dentro de la certificación del HGUGM.

Herramientas clave de gestión. El Plan Anual de Objetivos (PAO) es la herramienta principal para trasladar la estrategia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a objetivos del Hospital, en línea con el posicionamiento estratégico, y a los distintos servicios del Hospital. Los objetivos se pactan entre la Dirección y los responsables del IPSMarañón. Es una herramienta clave para la gestión y para el despliegue de objetivos y acciones de manera coordinada. Las herramientas de gestión más relevantes son las siguientes:

- Contrato de Gestión anual
- Pacto de objetivos del IPSMarañón: dirección por objetivos
- Posicionamiento Estratégico del hospital 2018-2022
- Plan Estratégico del IPSMarañón 2020-2023
- Historia Clínica Electrónica
- Cuadros de mando
- Evaluación del desempeño
- Encuestas de percepción de pacientes
- NPS para la Experiencia del Paciente
- Encuestas de clima laboral
- Benchmarking
- Comisión de Usuarios

Nuestros valores

Nuestros valores, que van en línea con los valores del Hospital, son los siguientes:

- Compromiso, respeto, ética, discreción y confidencialidad
- Mejora continua de procesos
- Gestión participativa
- Calidad integral
- Liderazgo en investigación nacional e internacional en psiquiatría y salud mental
- Docencia de excelencia
- Orientación hacia la prevención
- Orgullo de pertenencia
- Atención y respeto a los profesionales
- Integración de la diversidad
- Humanización y sensibilidad
- Sostenibilidad

PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA



CRITERIO 1 – PROPÓSITO, VISIÓN Y ESTRATEGIA

RESUMEN

Nuestra estrategia se inspira en el modelo EFQM, como elemento de referencia para conducir al Instituto en el camino de la excelencia. De especial relevancia en el sentido estratégico son las líneas de actuación que fundamentan el Contrato de gestión del HGUGM y las estrategias a medio y largo plazo que desarrollan las políticas nacionales y conforman la política sanitaria regional (por ejemplo: Estrategia de Seguridad del Paciente 2022-2027 y Plan de humanización de la asistencia sanitaria de la Consejería de Sanidad).

Con carácter específico en nuestro hospital la implantación de sistemas de gestión de la calidad basados en la certificación y la aplicación de una agenda de mejora basada en el modelo internacional asistencial de Joint Commission International son elementos instrumentales para operativizar los objetivos y líneas estratégicas y con los que el Instituto está alineado. Los planes estratégicos del Instituto se revisan anualmente y actualizan cada 4 años o menos si la situación lo requiere. El Plan estratégico actual corresponde al período 2020-2023, siendo la última actualización y adaptación en el año 2023.

El plan estratégico 2020-2023 inevitablemente se ha visto afectado por la pandemia por Covid-19 y la situación de crisis sanitaria que hemos vivido. El Instituto ha tenido un papel decisivo y clave en la atención y soporte, tanto a usuarios como a personal del HGUGM, para superar esta crisis.

A pesar de la pandemia, durante estos últimos 4 años hemos conseguido desplegar nuestra estrategia y conseguir la mayoría de los objetivos establecidos, además de haber desarrollado un nuevo enfoque estratégico, en línea con el nuevo Modelo EFQM 2020:

- Diseño de nuestro nuevo propósito.
- Revisión de la evolución y adaptación del plan estratégico 2020-2023.
- Seguimiento de las líneas y objetivos estratégicos.
- Análisis profundo de nuestro ecosistema e identificación de megatendencias y tendencias de futuro para nuestro entorno.
- Revisión profunda del análisis de nuestros grupos de interés, identificando sus necesidades y expectativas mediante diferentes fórmulas y herramientas.
- Transformación hacia el desarrollo del Instituto de una forma cohesionada e integrando todos los dispositivos en una única estructura, procesos y circuitos de forma innovadora y con visión de futuro.
- Desarrollo y despliegue del sistema de gestión por competencias clínicas, aspecto innovador en el sector y en nuestro entorno.
- Diseño y renovación de nuestra propuesta de valor.
- Desarrollo de programas específicos para mejorar la experiencia de nuestros pacientes.
- Mejora y evolución de nuestros cuadros de mando.

1.1. Definir el propósito y la visión.

ENFOQUE	
<p>1.1.1. Propósito</p> <p>Nuestro propósito “Ofrecer una atención excelente y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales o con riesgo de padecerlos y sus familias, implicando a todos ellos en su recuperación y prevención, promoviendo la innovación, la docencia y la investigación” establece las bases para proporcionar valor a nuestros principales grupos de interés y demuestra el impacto que tiene el Instituto en su ecosistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención excelente y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes es nuestra esencia. • No solo nos enfocamos a los pacientes, sino también a sus familias, con un carácter humano y personalizado. • Innovar en salud mental es lo que permite al Instituto liderar en distintos ámbitos. • La docencia y la investigación son herramientas esenciales para liderar la asistencia en salud mental. 	
DESPLIEGUE	
<p>El propósito se ha definido, en línea con el propósito del HGUGM, contando con nuestros principales grupos de interés de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales: participamos en un grupo de trabajo de expertos del HGUGM donde colaboramos en definir el propósito y la propuesta de valor (más de 100 profesionales expertos del Hospital) y con esa base, definimos la del Instituto. Además, se utilizan los resultados de percepción de las personas como base para la definición del propósito. • Pacientes: A través de la Comisión de Usuarios, se desarrolló un taller de trabajo para consultar y definir el propósito del Hospital, además de utilizar las respuestas sobre su percepción. • Partners y proveedores: A través de las distintas encuestas de percepción a pacientes, familiares y profesionales, se evaluó el alineamiento del propósito definido. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El propósito se ha renovado y definido en 2023 como consecuencia de introducir de manera más estratégica los nuevos conceptos del nuevo Modelo EFQM 2020. En cada ciclo estratégico se revisará el propósito, para asegurarnos que proporcione un marco de referencia para describir la importancia de lo que hacemos y por qué lo hacemos.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Propósito • Resultados encuestas de pacientes, personal, partners/proveedores • Comisión de Usuarios y Propósito • Conclusiones sesiones de trabajo con grupo de profesionales experto del HGUGM 	
RESPONSABLE	Comisión Dirección

ENFOQUE	
1.1.2. Visión	
<p>En línea con nuestro propósito, definimos nuestra visión: “Ser centro referente nacional e internacional en asistencia, investigación y docencia en salud mental en el que los profesionales trabajen de manera eficiente, comprometida y sensible especialmente con personas con vulnerabilidad biopsicosocial”.</p> <p>Queremos seguir avanzando en consolidarnos como un referente en nuestro ámbito, desarrollando una importantísima labor e impacto social.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Para desplegar la visión, diseñamos y revisamos periódicamente nuestra estrategia, donde las distintas líneas contribuyen a alcanzar los resultados deseados. La apuesta por constituir el Instituto ha provocado una transformación asistencial basada en la innovación y la aplicación de nuevos métodos clínicos y de gestión, que ayuda para continuar siendo un referente; el progreso en incorporar métodos y sistemas para mejorar la asistencia de nuestros pacientes y familiares junto al progreso y avance en el despliegue de nuestros planes de docencia e investigación, contribuyen claramente a alcanzar nuestra visión.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La visión se revisa tras cada ciclo estratégico, contando con la participación de un grupo de profesionales representativo de las distintas áreas. La visión se revisó además en 2021 por la Comisión de Usuarios, que incluyó el aspecto crítico de la vulnerabilidad biopsicosocial. La visión en 2023 es continuista con el anterior ciclo estratégico, adaptando las líneas y objetivos estratégicos a los cambios del ecosistema, las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés y a las tendencias globales identificadas.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>La evidencia de que somos un Instituto de referencia lo demuestran nuestros resultados y la percepción de ellos en nuestros pacientes y la sociedad en general. El Instituto ha desarrollado múltiples proyectos de investigación pioneros y de referencia nacional e internacional con importante impacto en la práctica clínica.</p> <p>En el Instituto se desarrollan programas asistenciales específicos de referencia para la Comunidad de Madrid que además son programas únicos y referentes a nivel nacional. Adicionalmente, nuestros resultados en elección de profesionales que escogen nuestro Instituto para formarse nos permiten captar el talento, esencial para poder continuar siendo líderes en nuestro ecosistema.</p>	
RESPONSABLE	Comisión Dirección

ENFOQUE	
<p>1.1.3. Implicación de los grupos de interés en el propósito y la visión</p> <p>Nuestros grupos de interés se han definido de acuerdo con una matriz de priorización que nos ha permitido seleccionarlos para implicarlos en la definición y comunicación del propósito y la visión. El liderazgo que fomentamos en la organización es un liderazgo participativo, con multitud de Comisiones y órganos de consenso y decisión (tanto internos como externos), que nos permite implicar a los distintos grupos de interés y recoger la visión de cada entidad para dar forma y adaptar de manera periódica nuestro propósito y visión.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>En esta última revisión se ha tenido en cuenta a nuestros grupos de interés para definir/adaptar el propósito, la visión y la propuesta de valor. En concreto, se han establecido sesiones de consulta sobre nuestro propósito/visión y propuesta de valor asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas clave de la organización y Comisión de Dirección. • Comisión de Usuarios: como representantes de los pacientes y familiares, se ha implicado también a este grupo de interés en la definición y constitución del propósito y la visión. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Estas sesiones, tanto con nuestro personal como con la Comisión de Usuarios, nos han permitido de forma muy efectiva adaptar/revisar/completar el análisis realizado por el equipo directivo, lo que nos ha permitido incluir la opinión y el conocimiento de los grupos de interés, implicándolos en su definición y desarrollo. Adicionalmente a estas sesiones, se ha tenido en cuenta también la opinión de los usuarios, personas, partners y proveedores, a través de la información reflejada en las encuestas de percepción.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reunión de las Comisiones y Grupos de Trabajo • Actas de reunión de la Comisión de Usuarios • Encuestas 	
RESPONSABLE	Comisión Dirección

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

ENFOQUE	
<p>1.2.1. Identificación de los grupos de interés clave</p> <p>Desde el inicio de la creación del Instituto, los Grupos de Interés están identificados, tanto los internos como los externos. 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.</p> <p>En cada ciclo estratégico, con la revisión del plan estratégico, se realizaron varias sesiones de trabajo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificar los grupos de interés con los que interactúa el Instituto en su ecosistema • identificar los grupos de interés clave para alcanzar nuestro propósito, visión y estrategia • identificar el peso/importancia que tenía cada grupo de interés para el Instituto 	
DESPLIEGUE	
<p>Para ello, se realizaron varias sesiones de trabajo, donde se diseñó la matriz de identificación, primero de forma individual y luego consensuando en equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matriz de identificación de grupos de interés clave. Se identificaron todos los grupos de interés relevantes para nuestra estrategia, se priorizaron los grupos de interés clave mediante una matriz de valoración teniendo en cuenta dos criterios: poder/influencia del grupo de interés sobre el Instituto, e interés del grupo de interés para la estrategia del Instituto (ver anexo 4). <p>De este modo se identificaron los grupos de interés clave: Pacientes y familiares, trabajadores, SERMAS/Consejería Sanidad/Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, HGUGM, Asociaciones de pacientes y familiares, Atención Primaria y Servicios Sociales.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Cada ciclo estratégico realizamos una revisión/actualización de los distintos grupos de interés con el fin de alinearlos con nuestra estrategia y nuestra evolución. En esta última revisión en 2023, por ejemplo, se identificaron los residentes en doble categoría (clientes y personas), porque nos afectan de manera importante y diferenciada en ambas estructuras. También se han identificado algunos grupos de interés clave que antes no lo eran tanto, como Atención Primaria, que han cobrado especial relevancia en nuestro ecosistema en los últimos años.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Matriz de alineación de grupos de interés con líneas estratégicas. Anexo 4 	
RESPONSABLE	Comisión Dirección

ENFOQUE	
<p>1.2.2. Necesidades y expectativas de los grupos de interés clave</p> <p>Una vez identificados los grupos de interés clave, se revisaron sus necesidades/expectativas identificadas con el fin de servir de input para revisar/adaptar nuestra estrategia.</p> <p>El Grupo de Asistencia y Calidad analiza toda la información que se recoge de las distintas fuentes y anualmente realiza un análisis global de necesidades/expectativas, identificando nuevas expectativas o necesidades que surjan de las distintas fuentes, en línea con el desarrollo estratégico y prioridades que se determinen.</p> <p>En la última revisión estratégica se concretaron las necesidades/expectativas de los grupos de interés clave, alineadas con la propuesta de valor (Anexo 5 Propuesta de valor).</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Las necesidades/expectativas de nuestros grupos de interés clave se identifican a través de las siguientes fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes. Encuestas de pacientes. Sugerencias y reclamaciones. Comunicación directa durante la atención. Asamblea de pacientes. Reuniones con Asociaciones de Pacientes. Comisión de Usuarios. • Familiares. Encuestas de satisfacción a familiares o tutores legales. Gestión de las sugerencias recibidas a través del Servicio de Atención al Paciente del hospital. Grupo terapéutico de padres. Reuniones de los responsables del paciente con familiares. Contacto telefónico con los padres de pacientes ingresados. • Profesionales. Reuniones de gestión. Reuniones informales. Encuesta de satisfacción. Quejas y sugerencias. • SERMAS/Consejería Sanidad, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la CAM. Contacto directo con responsables de la Política Sanitaria en relación con proyectos asistenciales y desarrollo de la asistencia. • HGUGM. Reuniones con Dirección del Hospital. Definición de pacto de objetivos del Instituto. • Asociaciones de pacientes. Reuniones individuales y reuniones de la Comisión de Usuarios. • Atención primaria. Reuniones periódicas de la Comisión de Atención Primaria. Interacciones con los centros de Atención Primaria. • Servicios Sociales. Reuniones de coordinación, reuniones de evaluación, Jornadas de servicios sociales y psiquiatría. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Las necesidades/expectativas se revisan todos los años para incorporar ligeras modificaciones/adaptaciones y de forma global en cada ciclo estratégico. Este último año, se ha mejorado en la segmentación de las necesidades y las expectativas por grupos de interés y se han identificado nuevas necesidades/expectativas para los grupos de interés que incorporamos como clave (ej: atención primaria).</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Anexo 5. Propuesta de valor.</p>	
RESPONSABLE	<p>Comisión de Asistencia y Calidad</p>

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

ENFOQUE	
<p>1.3.1. Nuestro ecosistema</p> <p>En cada ciclo estratégico se identifican las claves del contexto, tanto interno como externo, a través de un análisis detallado de amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades, y se analizan las tendencias principales de nuestro entorno.</p> <p>En esta última revisión estratégica, se ha profundizado y detallado mucho más en la identificación de las claves de nuestro ecosistema, definiendo (ver anexo 6, Ecosistema):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de interés clave (ver 1.2) • Factores clave del entorno • Tendencias en el sector sanitario • Megatendencias del entorno global 	
DESPLIEGUE	
<p>Para identificar el ecosistema, durante el año 2022 se han realizado las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión/adaptación de los GI clave (ver 1.2) • Revisión/adaptación del DAFO estratégico, para identificar los factores clave del entorno. • Grupo de trabajo de 25 expertos para identificar las tendencias emergentes de futuro en el sector sanitario, en colaboración con el Hospital. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Fruto de estas 3 acciones, conseguimos definir un ecosistema muy detallado, que sirve de hoja de ruta para identificar aspectos clave del futuro y que ha servido para revisar el avance estratégico hasta el momento y plantear también nuevas estrategias de futuro.</p> <p>La utilización de diferentes grupos de trabajo y profesionales nos permite disponer de la visión diferenciada de cada área profesional y de interacción con nuestros grupos de interés, lo que nos permite revisar y mejorar la definición del ecosistema para adaptar y hacer evolucionar nuestra estrategia.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 6, Ecosistema 	
RESPONSABLE	Comisión Dirección

ENFOQUE	
<p>1.3.2. Identificación de las megatendencias y su impacto en el ecosistema</p> <p>Para la identificación de las megatendencias y poder afrontar los cambios globales que pueden afectarnos en un futuro, se realizaron estos procesos durante el año 2021 y 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de diferentes estudios e informes sobre el futuro de la sanidad y principales tendencias globales que puedan afectar, como base para el trabajo de los expertos. • Diseño y creación de un grupo de trabajo de 25 expertos, junto a otras unidades del Hospital, con el objetivo de identificar las tendencias emergentes de futuro en el sector sanitario. 	
DESPLIEGUE	
<p>Para la identificación de las tendencias globales, se diseñó una matriz de evaluación de tendencias de futuro en el sector sanitario basada en dos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea temporal en la que la tendencia podría afectar: Presente (now) - Tendencias presentes ya implantadas en mayor o menor escala a nivel global; Futuro inmediato (new) - Tendencias del futuro inmediato; ya se pueden ver y experimentar en algún lugar; Futuro aspiracional (next) - Tendencias disruptivas, del futuro utópico y algo más lejano. • Impacto de la tendencia (alto-medio-bajo) en la estrategia. <p>Se realizaron varias sesiones con el grupo de trabajo de expertos que consensuaron las principales tendencias de futuro del entorno sanitario (Anexo 7 Matriz de evaluación de tendencias de futuro en el sector sanitario).</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Se identificaron 16 grandes tendencias del entorno sanitario que nos pueden afectar en el futuro. En cada ciclo estratégico se revisan las tendencias del entorno y las megatendencias que puedan afectar en el futuro.</p> <p>El ecosistema se ha definido de manera muy detallada y específica, contando con la participación multidisciplinar de expertos y de distintos servicios y unidades, lo cual nos ha permitido obtener una visión global del contexto y de las claves de futuro que vendrán en los próximos años.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 7. Matriz de evaluación de tendencias de futuro en el sector sanitario. • Anexo 6. Ecosistema 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE

1.3.3. Nuevas corrientes terapéuticas. Escenarios futuros.

Adicionalmente al trabajo realizado con los expertos del Hospital, el propio Instituto utiliza muchas fuentes de datos para adaptar y definir nuestro ecosistema y escenarios futuros: 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.

Desde el IPSMarañón nos anticipamos a los escenarios futuros y conocemos las nuevas corrientes terapéuticas y la actuación de organizaciones similares a través del conocimiento amplio de las novedades científicas y las tendencias nacionales e internacionales mediante la participación de los profesionales en foros científicos y asociaciones científicas y profesionales, la relación estrecha con asociaciones de pacientes y familiares, o el seguimiento y difusión de las novedades científicas que se publican en revistas o guías clínicas, conferencias, comunicaciones en congresos, cursos, etc.,

En el apartado de despliegue se muestran ejemplos de cómo se identifican tanto los escenarios futuros como las nuevas corrientes terapéuticas.

DESPLIEGUE

- Algunos ejemplos de escenarios futuros y nuevas corrientes terapéuticas:
 - 1) ante el aumento de inmigración se han realizado cursos de formación específica de temas relacionados, enfocados a distintas disciplinas.
 - 2) Ante el aumento de las adicciones comportamentales y derivadas de la tecnología, se ha creado el Programa AdCom, al que es posible acceder directamente mediante una app.
 - 3) Ante la creciente preocupación social por las sujeciones se ha creado el programa STOP Sujeciones que ha logrado situar la tasa de sujeciones en niveles de excelencia (<0.05)
 - 4) 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). Se ha desarrollado además el *Programa de genética y salud mental* para prevención, detección y tratamiento de problemas de salud mental en personas con síndromes genéticos.
 - 5) ante los datos proporcionados por la Dirección General de Farmacia sobre el incremento del uso de psicótrópos en población infanto-juvenil, hemos desarrollado en colaboración guías para el buen uso de estos fármacos en las principales patologías. Además, se participa regularmente en la elaboración y actualización de guías clínicas y terapéuticas de sociedades científicas y autoridades sanitarias.
 - 6) ante la prevalencia creciente en la clínica de situaciones conflictivas entre padres, se ha desarrollado un *Protocolo de atención a padres separados o en conflicto* que se ha implementado en el Hospital Infantil y difundido a nivel nacional.
 - 7) ante la epidemia de uso de opioides en 2020 se ha creado el *Programa DOLMEN* junto con la Unidad del Dolor y el Servicio de Farmacia, para unificar el tratamiento del dolor crónico en personas con trastornos mentales y tratar el abuso de opioides en esta población vulnerable.
 - 8) ante el incremento en prevalencia de trastornos del espectro autista a nivel mundial, anticipándonos a lo que luego ha sucedido en nuestro país, en 2009 se desarrolló el *programa AMITEA* para tratamiento de pacientes con trastorno del espectro del autismo. Ante la demora en los diagnósticos de autismo, en 2017 se creó el *Programa de Diagnóstico Complejo de Trastornos del Espectro Autista*
 - 9) al inicio de la crisis económica, priorizamos la participación en proyectos competitivos a nivel internacional, que se han incrementado en un 50 %, suponiendo un importante incremento de la financiación para investigación gracias a ellos.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
En cada ciclo estratégico se analizan las nuevas corrientes terapéuticas y los posibles escenarios futuros y se establecen los objetivos y líneas estratégicas acorde a la evolución del entorno.	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Diseño y puesta en marcha de programas estratégicos pioneros que luego son referente para el desarrollo de programas similares (Mapa de procesos).	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
1.3.4. Objetivos de desarrollo sostenible y ecosistema	
<p>Dentro de nuestro ecosistema, se han tenido en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en línea con nuestra estrategia de Sostenibilidad. El análisis en profundidad del ecosistema nos ha permitido identificar cómo la evolución de los objetivos de desarrollo sostenible y la Agenda 2030 afectan actualmente y en el futuro.</p> <p>A pesar de todos los avances realizados, aún se sigue estigmatizando a las personas diagnosticadas con un trastorno mental, incluso en los entornos sanitarios. Con el fin de evolucionar en este ámbito, las Naciones Unidas ya han empezado a desarrollar programas para promover el desarrollo de los servicios de salud mental, como el lanzamiento de la estrategia de salud mental y bienestar en el lugar de trabajo, ya que esta problemática es universal.</p> <p>La Comisión de Responsabilidad Social, en el que participan profesionales del Instituto, ha liderado la adhesión del Hospital al Pacto de Naciones Unidas (ver 3.4.)</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El Instituto desarrolla su estrategia teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible y de la Agenda 2030, principalmente impactando en 10 objetivos principalmente (ver apartado de información clave).</p> <p>Para cada uno de los objetivos de desarrollo sostenible y las metas de la Agenda 2030 hemos identificado donde el IPSMarañón impacta y las acciones/líneas de desarrollo que realizamos para contribuir al cumplimiento de estas metas. Ver ejemplo, en Anexo 10 Matriz de Acciones/líneas de actuación con las metas de la Agenda 2030.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
En cada ciclo estratégico, durante la revisión y adaptación del plan estratégico, se analizan los avances en sostenibilidad, y se diseñan nuevas iniciativas de impacto social en diferentes objetivos y acciones estratégicas.	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Anexo 11. Matriz estrategia – ODS</p> <p>Anexo 10. Matriz Metas Agenda 2030 - Acciones / líneas de actuación</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Responsabilidad Social

1.4. Desarrollar la estrategia.

ENFOQUE
<p>1.4.1. Proceso de desarrollo y revisión de la estrategia</p> <p>El desarrollo de la estrategia se inspira en el modelo EFQM, como elemento de referencia para conducir nuestra organización en el camino de la excelencia y en las directrices del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad que conforman las prioridades del Sistema Nacional de Salud y del SERMAS como organización de la que el Instituto y el hospital forman parte. De especial relevancia en este sentido son las líneas de actuación que fundamentan el contrato de gestión del hospital y las estrategias a medio y largo plazo que desarrollan las políticas nacionales y conforman la política sanitaria regional (p.ej.: Estrategia de Seguridad del Paciente, Plan de humanización de la asistencia sanitaria, Planes de Salud Mental, etc.).</p> <p>Las referencias principales para definir el último plan estratégico (2020-2023) han sido las siguientes:</p> <p><u>Análisis externo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico del HGUGM 2018-2022 • Objetivos de Gestión Anuales HGUGM • Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, en el que hemos participado. • Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid • Comisión de Asociaciones de Usuarios y Familiares <p><u>Análisis interno:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultados de indicadores del Instituto • Planes, objetivos y acciones de las distintas Comisiones y equipos de trabajo • Plan estratégico del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente 2020-2023
DESPLIEGUE
<p>A partir del análisis de estas referencias, la Comisión de Dirección realiza un DAFO estratégico en cada ciclo, adaptándolo a la situación del Instituto en cada momento (ver Anexo 8 DAFO estratégico). El DAFO se consensua con los profesionales del Instituto, con el fin de obtener el mayor grado de participación posible.</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 realizan reuniones periódicas en las que se evalúan 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.</p> <p>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>
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS
<p>La revisión y actualización es un proceso continuo con una formulación cuatrienal. 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"> - La Dirección y los Jefes de los Servicios y Secciones de Psiquiatría y la Jefa 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 Plan Estratégico. - 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>Se realiza seguimiento periódico del mismo por los responsables de las acciones estratégicas, en las reuniones de la Comisión de Asistencia y en las reuniones trimestrales.</p>

CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none">Anexo 8. DAFO estratégicoAnexo 9. Plan estratégico 2020-2023	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>1.4.2. Pacto de objetivos anuales</p> <p>Los objetivos estratégicos se desarrollan teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los grupos de interés clave. Uno de los GI clave es la Consejería de Sanidad, que establece anualmente el Contrato de Gestión incluyendo objetivos específicos en cada área de interés. A partir de aquí, la Dirección de HGUGM desarrolla la Gestión por Objetivos, pactando de forma consensuada con los Jefes de Servicio y de Unidad objetivos específicos anualmente, de manera sistemática y rigurosa. Estos objetivos forman parte del plan estratégico del Instituto.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El proceso de desarrollo y evaluación de los objetivos sigue un proceso sistemático, siguiendo las siguientes fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesión Interna de trabajo del equipo directivo del Instituto con el equipo directivo del Hospital para consensuar los objetivos anuales. Antes de la firma de objetivos, se comunican a todos los trabajadores para sus aportaciones. 2. Sesión en el Instituto para comunicar al personal los objetivos. 3. Seguimiento trimestral con todos los profesionales en sesiones impartidas por la jefa de sección. 3. Seguimiento semestral en reuniones con la Dirección del Hospital. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Durante la pandemia hubo ausencia de contrato de gestión global y, aun así, el pacto de objetivos por área se consolidó, incorporando nuevas formas de evolución y mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se diseñó un nuevo modelo de despliegue de objetivos, iniciando la propuesta de objetivos desde los propios servicios, aumentando nuestra participación y compromiso como Instituto. • se fomentó la implicación y participación de los profesionales con el despliegue de objetivos, estableciendo canales de participación disponibles para todos los profesionales. <p>El pacto de objetivos se realiza de forma anual, revisando la consecución de los objetivos de manera trimestral y haciendo un balance anual con la Dirección. El proceso, como decimos, se ha mejorado para conseguir una mayor implicación y compromiso del personal.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Pactos de Objetivos. • Objetivos de las Comisiones Clínicas. 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>1.4.3. Despliegue e implantación de la estrategia</p> <p>Una vez consensuada y revisada la estrategia por los distintos órganos de gobierno, se diseña una estructura de despliegue de los distintos objetivos y líneas estratégicas, asignando responsables por área y/o por Comisión/grupo de mejora.</p> <p>Tanto el análisis de indicadores como su seguimiento se hace de forma sistemática y periódica.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue de la estrategia se realiza trazando un mapa estructurado de líneas estratégicas hasta los distintos indicadores para el seguimiento y revisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea estratégica • Objetivo estratégico • Responsable del objetivo estratégico • Acciones a desarrollar • Plazos • Responsable de las acciones • Indicadores / sistema de evaluación <p>Esto permite identificar las distintas responsabilidades y poder llevar una monitorización continua de los avances y despliegue de la estrategia.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La Comisión de Dirección revisa sistemáticamente los indicadores del Instituto y la evolución de las distintas estrategias. Anualmente se realiza una revisión global del avance de los distintos objetivos estratégicos.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Actas de Comisiones y Grupos de mejora • Cuadros de mando 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Comisión de Asistencia y Calidad.

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

ENFOQUE	
<p>1.5.1. Diseño del sistema de gestión y gobierno de la organización</p> <p>El sistema de gestión definido por la Dirección se desarrolla para cumplir con los objetivos estratégicos que se incluyen en el Plan estratégico, el cumplimiento de los objetivos que marca el Hospital y todos los objetivos que provienen de planes de la Consejería de Sanidad y/o Sociales.</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.</p> <p>En el último período estratégico se ha aumentado las jefaturas de sección, creando 4 jefaturas de sección nuevas.</p> <p>El sistema de gobierno promueve la participación activa en la mejora del sistema, desplegado en una estructura de Comisiones y Grupos de Trabajo que funciona de manera sistemática y flexible.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La estructura de gobierno de la organización se estructura de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comisión de Dirección. Se reúne cada 2 semanas. ○ Comisión de Asistencia y Calidad: Integrada por representantes de los distintos programas asistenciales. Se reúne cada 2 semanas. ○ Comisiones: Se disponen de diferentes Comisiones para gestionar los ámbitos clave del Instituto: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad Docente multiprofesional • Comisión de Formación • Comisión de Usuarios • Comisión de Investigación • Comisión de Psicología • Comisión de Atención Primaria ○ Grupos de mejora. Los grupos de trabajo son estructuras de gestión que se crean según las necesidades detectadas. Actualmente son: <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Satisfacción • Grupo de Resultados • Grupo de Seguridad • Grupo de Relaciones externas • Grupo de Farmacia • Grupo STOP sujeciones 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El sistema de gestión y gobierno se revisa y mejora tras cada ciclo estratégico. En los últimos años, ha habido una reestructuración de la organización, donde se han creado nuevas Comisiones y grupos de mejora.</p> <p>Los grupos de mejora se van creando a medida de las necesidades del Instituto y del avance y evolución del entorno.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 3. Organigrama • Comisiones y grupos de mejora • Anexo 12. Ejemplo acta Comisión Dirección 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
1.5.2. Comisiones, Grupos de Mejora y foros externos	
<p>Con la creación formal del Instituto, se realizó un proceso de renovación de las Comisiones y grupos de mejora, con una alta participación de la Dirección del Instituto en ellos, con el fin de garantizar mensajes homogéneos y alineación de objetivos de acuerdo con la estrategia establecida.</p> <p>En las Comisiones y grupos de mejora participan una diversidad amplia de profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comisiones del Instituto (ver 1.5.1.) • Comisiones Clínicas, en el ámbito del HGUGM, que incluyen profesionales trabajando en equipo y supervisando los aspectos clave asistenciales, en coordinación con otras áreas del Hospital. • Foros externos: donde los profesionales participan de forma continua y sistemática (por ejemplo: Comisión de Continuidad Asistencial con Atención Primaria, la Comisión de Investigación del IISGM, distintas reuniones de gobernanza de Asociaciones Científicas (CIBER, SIRS, ECNP, AEPNyA, CNE – Comisión Nacional de Especialidad- etc.). • Grupos de mejora específicos (ver 1.5.1.). 	
DESPLIEGUE	
<p>Las Comisiones y Grupos de trabajo forman parte de la esencia de nuestro sistema de gestión y de gobierno; se forman en función de las necesidades y prioridades que la Dirección establece en función del análisis y revisión de resultados, y a medida que la estrategia se modifica en función de los cambios en el ecosistema.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La revisión y actualización de las Comisiones y grupos de trabajo se realizan continua y periódicamente, en función de las necesidades y cambios en el contexto. Se establecen reuniones periódicas y seguimiento de los resultados de la actividad de cada uno de ellos y se coordinan por la Comisión de Dirección.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Comisiones y Grupos de Mejora • Anexo 13. Ejemplo acta Comisión Asistencia y Calidad 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO



CRITERIO 2 – CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN Y LIDERAZGO

RESUMEN

La apuesta por la excelencia es una orientación estratégica muy clara promovida por los líderes del Instituto. Ya en el año 2003, tras dos años de funcionamiento, se plantea el reto de establecer un sistema de gestión y evaluación basado en el Modelo EFQM para el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Con la aplicación del Modelo EFQM, el Servicio se convirtió en pionero dentro del Hospital y en la Consejería de Sanidad 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, consiguiendo en varias ocasiones el Sello EFQM +500. 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 y reconocimientos de excelencia e innovación asistencial.

Posteriormente, en 2019, con la creación del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, se incorpora el Servicio de Psiquiatría del Adulto, Centros de Salud Mental, Urgencia y Enlace, y se redefinen los procesos de manera global, incorporando toda la cultura, experiencia y métodos que el Servicio ya tenía implantados, con un liderazgo común.

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

- 1) las reuniones de gestión, que mantienen la comunicación constante y fluida a todos los niveles y que sirven a los responsables como método de seguimiento y evaluación de los resultados de la gestión.
- 2) los resultados de las encuestas de percepción de los distintos grupos de interés.
- 3) los resultados que manifiestan el grado en que se cumple el propósito del Instituto a través de sus estrategias y procesos clave.
- 4) los resultados de la encuesta de percepción del personal

A esto añadimos las experiencias de intercambio con otras organizaciones y las experiencias de los distintos grupos de mejora y comisiones.

El papel de los líderes se orienta a diversos aspectos culturales entre los que se incluye la 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 externas. 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.

Los profesionales del IPSMarañón presiden las Comisiones Nacionales de la especialidad de Psiquiatría, de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia y la Comisión delegada de psiquiatría (que son las 3 Comisiones Nacionales que sobre Psiquiatría tiene el Ministerio).

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, revisados en las reuniones de los grupos de mejora (mínimo cada 2

meses) y las reuniones generales de gestión (cada 3 meses). Este sistema de trabajo proporciona las herramientas para mejorar la gestión de todos los procesos y responder a la estrategia del Instituto centrada en la excelencia.

Se promueve la participación activa en la mejora del sistema, que se complementa con la identificación de oportunidades de mejora y el trabajo en grupos, en los que participan activamente los líderes. Algunos factores clave de este aspecto son:

- 1) la participación en los grupos de gestión es voluntaria, estando compuestos por profesionales de distintas cualificaciones y profesiones;
 - 2) los protocolos del Instituto se elaboran por grupos de voluntarios, difundiéndose luego a todos los profesionales del IPSMarañón para sugerencias a través del listserver y canales de Teams del Instituto e incluyéndose en el documento final las mejoras y sugerencias de todo el personal (hasta ahora nunca han faltado voluntarios para hacer estos trabajos, lo que consideramos una muestra de la implicación del personal) y presentándose luego los protocolos finales en las reuniones trimestrales de gestión;
 - 3) en las reuniones trimestrales de gestión se revisa y aprueba el acta anterior para asegurar que hay un debido seguimiento de todos los objetivos marcados en la reunión previa.
-

2.1. Dirigir la cultura de la organización y reforzar los valores.

ENFOQUE
<p>2.1.1. Nuestra cultura. Liderazgo compartido</p> <p>Nuestra cultura se ampara en el lema del Hospital “Somos Marañón” y se desarrolla a través de nuestros propios valores. Nuestros profesionales demuestran un gran sentido de pertenencia que cuidamos, reconocemos y valoramos de forma continua.</p> <p>El papel de los líderes del Instituto se orienta al liderazgo compartido de forma clara, 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
DESPLIEGUE
<p>Para mantener y fomentar esta cultura entre todo el personal, en los últimos años hemos realizado y promovido distintas actuaciones e iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo y despliegue del significado de nuestros valores (ver 2.1.2) • Desarrollo y despliegue de ética y pautas de conducta (ver 2.1.3) • Delegación, implicación y responsabilidad sobre los resultados <p>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 el apartado de Información Clave.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la transparencia y la confianza <p>El Instituto promueve una cultura participativa, de transparencia y confianza de los clientes y otros Grupos de Interés. Se protegen los valores sociales y se respeta el medio ambiente. La cultura se transmite de forma transparente, generando gran confianza en nuestros grupos de interés:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la comunicación y la participación activa de los pacientes y los familiares generan la necesaria confianza que necesitan para ser parte activa en el desarrollo de iniciativas del Instituto; 2) la interacción y participación en los procesos de apoyo y gestión 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 las estrategias, servicios, programas, cartas de servicios y resultados es pública. <p>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.</p>
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS
<p>En cada ciclo estratégico se evalúan los valores y los componentes culturales, integrando a los distintos grupos de mejora y Comisiones en las prioridades estratégicas del Instituto.</p>
CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Intranet
- Web
- Portal de transparencia de la CM
- Código de conducta
- Valores

RESPONSABLE	Comisión de Dirección
--------------------	-----------------------

ENFOQUE	
<p>2.1.2. Nuestros valores y su desarrollo, como base de la cultura</p> <p>Los valores que hemos definido son la forma de comportamiento que deseamos para todos nuestros profesionales y que deben ser la pauta de referencia para lograr el sentimiento de pertenencia al Instituto y al Hospital, tanto interna como externamente. Los valores definidos se relacionan con la definición cultural del Hospital: "Proyecto Marañón: entre todos un Hospital Excelente".</p> <p>Los valores se promueven y se tienen en cuenta en las evaluaciones del desempeño y en la gestión por competencias de nuestro personal. Además, en las encuestas de percepción que hemos puesto en marcha, se incluye la evaluación de los valores.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El desarrollo y despliegue de los valores forma parte intrínseca del despliegue de nuestra estrategia y de todas las iniciativas que se llevan a cabo. Definimos a continuación algunas iniciativas que dan respuesta a la promoción y despliegue de los valores en el Instituto y en su ecosistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Compromiso, respeto, discreción y confidencialidad en el servicio al usuario. Nuestra especialidad así lo exige, y es un aspecto que cuidamos continuamente. ○ Mejora continua de procesos. A través de los distintos grupos de mejora, conseguimos mejorar de forma sistemática los procesos. ○ Gestión participativa con recursos humanos como principal activo del Instituto. Los profesionales son uno de nuestros grupos de interés clave, y la gestión participativa una seña diferencial de nuestro Instituto. ○ Calidad integral como respuesta a las expectativas del usuario. Es una seña de identidad del Hospital y referente nacional. La aplicación del modelo EFQM y la implantación del Proyecto JCI de acreditación internacional, así lo demuestran. ○ Liderar la investigación nacional e internacional en Psiquiatría y Salud Mental. Todos los profesionales tienen muy presente que nuestra vocación investigadora e innovadora es parte de nuestro liderazgo como Instituto y la participación de profesionales en la investigación es elevada. ○ Impartir una docencia de excelencia. Igualmente, nuestro compromiso con la formación y docencia de actuales y futuros profesionales es uno de los factores clave de por qué nos eligen los residentes. ○ Orientación hacia la prevención universal y focalizada en el tratamiento e integración de los usuarios. ○ Apuesta contra la discriminación. Nuestro impacto en la sociedad es muy importante, para visibilizar y trabajar hacia eliminar la discriminación en nuestra especialidad. ○ Humanización y sensibilidad. Se promueven a través de los planes de humanización, en línea con la estrategia de humanización de la Consejería de Sanidad de la CM. ○ Sostenibilidad. Estamos adheridos al Pacto Mundial, a través del Hospital y nuestra estrategia se relaciona con los objetivos de la Agenda 2030 de forma clara y transparente. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los valores se definieron contando con la opinión de gran parte del personal del Hospital a través de grupos de mejora específicos. La última revisión se ha realizado en 2020, manteniendo su concepto y definición para consolidar la cultura. El propósito y los valores se comunican a toda la organización mediante reuniones anuales de Dirección, y mediante su publicación en Intranet, memorias, presentaciones, informes, etc.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Valores definidos. • Inclusión de los valores en la web y en los comunicados, informes y memorias 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>2.1.3. Comportamiento ético e íntegro.</p> <p>En el Instituto se asegura un tratamiento basado en la evidencia a través de la implantación de guías y protocolos de actuación, para garantizar la ética y la integridad en todos los tratamientos y actuaciones. Los protocolos consensuados son evaluados por la Comisión de Ética Asistencial del Hospital. Los protocolos consensuados son aprobados por la Comisión de protocolos y vías clínicas.</p> <p>Las prácticas éticas y de integridad que realizamos son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 para su revisión en el plazo estipulado por ley. • Se asegura una equidad en la carga de trabajo entre los profesionales. • Todos los proyectos de investigación son evaluados por la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Hospital. • Los proyectos que involucran medicamentos son evaluados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). • Asunción y seguimiento del código ético y de conducta del Hospital. • Solicitud de asesoramiento por parte de la Asesoría Jurídica del Hospital o la Comisión de Bioética en casos que así lo requieran. 	
DESPLIEGUE	
<p>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 nacionales e internacionales por profesionales del Instituto.</p> <p>El Código de Conducta es una guía en la cual se recopilan las pautas de comportamiento basadas en el respeto, la integridad de las personas y la honestidad que guiarán tanto a los profesionales de nuestra institución como a los grupos de interés que se relacionan con el hospital. Define nuestro compromiso con la integridad y las normas profesionales y éticas con las que trabajamos, a la vez que cubre nuestras expectativas de comportamiento honesto, trabajo respetuoso dentro de los equipos y de conducta diaria de cada persona. Incluye los siguientes compromisos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de la dirección • Compromiso con los pacientes • Compromiso con los profesionales • Compromiso con los residentes y estudiantes • Compromiso con la gestión económica y con los proveedores • Compromiso con el medio ambiente • Compromiso con la sociedad y la comunidad • Compromiso con la Consejería de Sanidad y el SERMAS • Compromiso con otros centros sanitarios y atención primaria 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Cualquier empleado o colaborador puede proponer algún cambio al contenido del código comunicándolo a través de la dirección correspondiente, que será posteriormente revisada por la Comisión de RSC del Hospital. De igual forma, los incumplimientos del Código de Conducta se comunican a la Comisión de RSC a través de diversos canales habilitados para ello.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Código ético y de conducta • Evaluación de Competencias 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE

2.1.4. Cuidado del personal y reconocimiento

Existen mecanismos formales de reconocimiento instaurados, que los líderes promueven. Dado que no es posible realizar reconocimientos remunerados, el reconocimiento se basa en métodos y actuaciones dirigidas a reforzar el compromiso y el orgullo de pertenencia al Instituto, basado en los valores definidos.

Desde la Dirección se asegura el cumplimiento de la normativa, que contempla, entre otras, las siguientes políticas: Igualdad de oportunidades y no discriminación e Imparcialidad: métodos objetivos de valoración y confidencialidad. La presencia de la mujer es evidente en la plantilla y los órganos de dirección.

En relación con el cuidado al personal en la época de pandemia Covid-19, el Instituto desarrolló actuaciones dirigidas a cuidar y proteger a todo el personal del Hospital desde el punto de vista psicológico y mental.

La promoción de la salud de los trabajadores se realiza a través del Servicio de prevención de riesgos laborales.

También destacamos, que nuestros métodos de reconocimiento están basados en fondos liberados de los recursos captados en investigación y mecenazgo la formación (masters, cursos, etc.) y asistencia a congresos y visitas a recursos asistenciales de interés para el Instituto por parte de los profesionales de todos los estamentos del Instituto.

DESPLIEGUE

Los principales mecanismos de reconocimiento son los siguientes:

- Transmisión de felicitaciones: Las felicitaciones y agradecimientos que recibe el Instituto de pacientes o familiares atendidos, de estudiantes o residentes que rotan en el mismo, de profesionales u organizaciones que han recibido información o ayuda, etc., son transmitidas por los líderes al profesional responsable o, en su caso, a todo el Servicio. Además, se ponen en un lugar visible para que sean conocidas por todos los trabajadores y se difunden a todo el Instituto a través del listserver.
- 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 Servicio y en la intranet del Hospital y de la CM. Se difunden además a través de las redes sociales del Instituto. En muchas ocasiones se reflejan además en medios de comunicación.
- Una vez al año, el personal del instituto elige de manera anónima a los trabajadores más destacados del año, a los que se premia durante la fiesta anual del Instituto.
- Se ha implantado un buzón de sugerencias para todos los trabajadores del Instituto, compartiendo los resultados con los profesionales periódicamente.
- Se facilita la asistencia a congresos mediante fondos de investigación a los profesionales del instituto que desarrollan proyectos de investigación y los presentan en dichos foros.

Las actividades que el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental desarrolló durante la pandemia COVID-19 para todos los profesionales del hospital fueron, entre otras, las siguientes:

- Programa de **atención a sanitarios** para manejo de las consecuencias emocionales del COVID: grupos y tratamiento individual, a través de un teléfono y correo electrónico único.
- Programa de **mindfulness online** para sanitarios: 2 grupos semanales por TEAMS para mejorar las habilidades de autorregulación emocional y disminuir la sobrecarga emocional derivada de la situación Covid.

Respecto al cuidado y promoción de la salud de nuestros profesionales, a través del Servicio de prevención de riesgos laborales, se realizan las evaluaciones de riesgos laborales de cada puesto, se identifican acciones preventivas, se establecen acciones formativas, etc. lo que ha consolidado la cultura de la prevención en el trabajo en los últimos años. Además, el Hospital ofrece un servicio especial a los trabajadores para promocionar dejar de fumar, se realizan campañas anuales de vacunaciones, etc.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Se revisa y evalúa durante las reuniones de la Comisión de Asistencia y Calidad para el seguimiento de objetivos anuales.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Boletín Marañón Informa.
- Intranet.
- Resultados de premios y reconocimientos.
- Agradecimientos de pacientes.
- Resultados percepción personal.
- Boletín informativo del Instituto.

RESPONSABLE

Comisión de Dirección

2.2. Crear las condiciones para hacer realidad el cambio.

ENFOQUE	
<p>2.2.1. Gestión del cambio en el IPSMarañón</p> <p>Desde la creación del Instituto, el equipo directivo ha ido estructurando procesos para dirigir y ejecutar la gestión del cambio. Nuestro ecosistema ha cambiado de manera importante en los últimos años y se prevé que siga cambiando en el futuro; los principales enfoques que el equipo directivo ha impulsado son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión del cambio estructural y organizativo • Desarrollo de programas pioneros y de referencia nacional e internacional • Involucración de los grupos de interés para conocer sus expectativas y necesidades • Gestión de la pandemia Covid-19 	
DESPLIEGUE	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del cambio estructural y organizativo <p>La integración de los servicios de Psiquiatría del niño y del adolescente y de Psiquiatría del adulto como Instituto ha supuesto renovar y adaptar toda la estructura organizativa, definiendo las distintas comisiones y grupos de mejora que soportan la gestión del Instituto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas pioneros y de referencia nacional e internacional, tanto clínicos como de investigación. <p>A raíz del análisis del ecosistema, detectamos necesidades o nos anticipamos a ellas y creamos y desarrollamos programas que son pioneros, gestionando el cambio tanto interna, como externamente. Algunos ejemplos de estos proyectos son: AMI-TEA, Diagnóstico complejo TEA, Genética y Salud Mental, ATraPA, UMERP, PIENSA, ATIENDE, Sordera y Salud Mental, AdCom, etc. (ver 2.3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación de los grupos de interés para conocer sus expectativas y necesidades <p>El equipo directivo ha impulsado la participación de los grupos de interés para la toma de decisiones: creación de la Comisión de Usuarios, creación de grupos de profesionales expertos consultivos, reuniones periódicas del equipo directivo con los proveedores/partners clave para conocer las novedades del entorno e integrarlas en nuestra actividad, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la pandemia Covid-19 <p>El Instituto ha jugado un papel clave en la gestión de la emergencia sanitaria en el Hospital y fuera de él, lo que ha supuesto una demostración clara de cómo se gestiona el cambio de manera efectiva (ver 2.2.2.).</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los distintos enfoques de la gestión del cambio se revisan permanentemente por el equipo directivo y las comisiones y grupos de mejora. El cambio actualmente es continuo y constante y continuamente se revisa y se adaptan políticas y proyectos para irse adaptando a las nuevas situaciones.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Programas de referencia • Comisión de Usuarios • Protocolos y planes de contingencia gestión de la pandemia 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE

2.2.2. Gestión de la pandemia Covid-19

Inevitablemente, uno de los mayores cambios que ha habido en nuestro entorno ha sido la gestión de la pandemia Covid-19, tanto a nivel nacional como internacional. El Instituto ha sido una de las entidades destacadas que ha liderado el desarrollo de la guía de actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia por Covid-19, para el Servicio Madrileño de Salud; en ella se recogen los principales cambios en los procesos, circuitos y protocolos específicos que se desarrollaron inmediatamente para afrontar los riesgos de la pandemia, tanto para los usuarios como para el personal sanitario del Hospital.

La guía aborda dos líneas principales de acción: las actuaciones organizativas en contexto de crisis, y las actuaciones de promoción y prevención de la salud mental y de atención a población vulnerable.

DESPLIEGUE

El IPSMarañón desarrolló numerosas medidas e iniciativas para abordar la pandemia, gestionando de manera efectiva este proceso de cambio:

- Programa de **atención a sanitarios** para manejo de las consecuencias emocionales del COVID: grupos y tratamiento individual, a través de un teléfono y correo electrónico único.
- Programa de **atención a familiares de personas fallecidas por Covid**: entrevistas telefónicas de seguimiento para valorar la presencia de problemas de salud mental que, en caso de detectarse, se derivan a los dispositivos de atención adecuados. Atención en los dispositivos (Centros de Salud mental) de casos con psicopatología relacionada con COVID.
- **Programa de mindfulness online** para sanitarios: 2 grupos semanales por TEAMS para mejorar las habilidades de autorregulación emocional y disminuir la sobrecarga emocional derivada de la situación Covid.
- **Ampliación del horario de asistencia** a los pacientes del programa de Atención Médica Integral a las personas con Trastorno del Espectro del Autismo, llevando a cabo manejo telefónico y telemático de urgencias para evitar asistencia física a urgencias hospitalarias.
- **Elaboración de materiales para pacientes y profesionales** respecto a recomendaciones de salud, recomendaciones para favorecer la salud mental, etc.
- Creación y mantenimiento actualizado de **repositorio de documentos de acceso libre** para profesionales con información y documentos actualizados de manejo médico y psicológico.
- **Comunicación** semanal, y más frecuente en caso de ser preciso, de los **cambios en asistencia** derivados del Covid.
- Facilitación de las consultas, ofreciendo la posibilidad de realizar **consultas individuales telemáticas** (mediante la plataforma TEAMS) y **telefónicas**, y **grupos telemáticos** (mediante la plataforma TEAMS) en los momentos en los que la situación epidemiológica ha dificultado asistir al hospital o realizar reuniones.
- **Facilitación de la coordinación clínica**, con paso a **online de las sesiones clínicas**, que se llevan a cabo con regularidad y a las que se conectan más de 100 personas de media.
- Programa de **atención psicológica** al personal sanitario.
- Programa de atención COVID POST-UCI.
- Programa de estimulación cognitiva.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

La gestión de la pandemia se evaluaba y revisaba continua y diariamente dada la situación. El Instituto ha destacado en la realización de estudios, trabajos de investigación, y grupos de trabajo, que ha permitido a otras instituciones y entidades aprovechar las lecciones aprendidas durante todo este proceso. El Hospital ha recibido numerosos premios y reconocimientos por su capacidad de adaptación y gestión del cambio durante la pandemia Covid-19 y una de las claves de estos reconocimientos ha sido la actuación del Instituto.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Primer gran Hospital Público con certificación Covid-19
- Planes de contingencia Covid-19
- Guía de actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial.

RESPONSABLE

Comisión de Dirección

ENFOQUE

2.2.3. Desarrollo de una cultura de mejora continua

La cultura de mejora continua es una seña de identidad del Instituto. La promoción e impulso para conseguir la participación de los profesionales en la mejora continua en todos los ámbitos es esencial para el progreso de la organización y así se demuestra con diferentes enfoques:

- Promoción de Comisiones y grupos de mejora de forma voluntaria.
- Enfoque a la comparación con los mejores, aprender de otros e incorporar nuevas experiencias.
- Enfoque hacia procesos innovadores y diferenciadores, como herramienta de mejora continua de nuestros servicios.
- Creación de un ambiente no punitivo hacia los incidentes de seguridad del paciente y fomentar el aprendizaje de los errores.

DESPLIEGUE

- **Promoción de comisiones y grupos de mejora de forma voluntaria.**

Existen más de 10 comisiones y grupos de mejora donde los profesionales participan de forma continua y sistemática para identificar oportunidades de mejora.

- **Enfoque hacia la comparación con los mejores, aprender de otros e incorporar nuevas experiencias.**

Buscamos la comparación de los indicadores clave con los resultados de las mejores organizaciones y referencias. Esto nos permite focalizar la mejora y orientar los objetivos; además se promueve el aprendizaje a través de visitas e intercambio de experiencias con otras instituciones.

- **Enfoque hacia procesos innovadores y diferenciadores, como herramienta de mejora continua de nuestros servicios.**

Como base de la mejora continua y la innovación en la prestación de servicios asistenciales, hemos desarrollado:

- Servicio de Psiquiatría de adultos mediante la unificación de los dos servicios de psiquiatría A y B anteriores en uno solo que asume la responsabilidad asistencial y la gestión de los recursos humanos de los siguientes dispositivos:
 - o Unidades de hospitalización breve
 - o Hospital de día
 - o Unidades de referencia institucional
 - o Consultas externas de adultos
- La unificación de la Interconsulta y Enlace, dependiendo de forma integrada de la Comisión de Dirección del Instituto, atendiendo a usuarios tanto adultos, como niños y adolescentes.
- Desarrollo de servicios para la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento integral, investigación y docencia, creando los siguientes procesos y servicios internos (ver 4.1 y 4.3).

- **Creación de un ambiente no punitivo hacia las incidencias y fomento del aprendizaje de los errores**

El sistema de notificación voluntaria de incidentes de seguridad es anónimo y no punitivo, lo que ha permitido crear la cultura de la notificación y poder desarrollar muchas acciones preventivas en favor de la seguridad del paciente en los distintos procesos asistenciales.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Anualmente, dentro de los planes operativos anuales, se revisan estos enfoques. Las comisiones y grupos de mejora se adaptan periódicamente.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Comisiones y grupos de mejora
- Sistema de gestión de incidentes y eventos adversos
- Cartera de servicios

RESPONSABLE

Comisión de Dirección

2.3. Estimular la creatividad y la innovación.

ENFOQUE

2.3.1. Promoción de la cultura de innovación y creatividad

En el Instituto se promueve la innovación como seña de identidad de todas nuestras actuaciones. 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 Instituto.

Servicio:

- Grupos de mejora
- Comisiones multidisciplinarias
- Grupos de trabajo de participación externa

Estos esquemas operan de manera sistemática para promover la innovación y generar nuevas ideas que se plasman en proyectos y en acciones efectivas de implantación.

DESPLIEGUE

- Grupos de mejora:

Operativos de forma continua: Satisfacción, Seguridad, Resultados, Relaciones Externas.

Grupos que surgen en relación con temas específicos: Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Instituto, grupos ad hoc para desarrollo de protocolos transversales del hospital (protocolo de sujeción, protocolo de atención a menores hijos de padres separados, protocolo de continuidad asistencial de niños/adolescentes...), protocolos propios del IPSMarañón (terapia electroconvulsiva, prevención de conducta suicida, ingreso directo, grupos terapéuticos...), protocolos de tratamiento (tratamiento psicofarmacológico en embarazo y lactancia, tratamiento psicofarmacológico de pacientes con discapacidad, tratamiento psicológico depresión, guía de primeros episodios psicóticos, guía de trastorno obsesivo compulsivo...), STOP sujeciones, grupo farmacia-psiquiatría, etc.

- Comisiones multidisciplinarias:

- Comisión de asistencia y calidad del IPSMarañón
- Comisión de formación del IPSMarañón
- Comisión de usuarios del IPSMarañón
- Comisión de investigación del IPSMarañón
- Comisión de psicología del IPSMarañón
- Comisión de Atención Primaria y Psiquiatría
- Comisión de Farmacia del HGUGM
- Comisión de Protocolos del HGUGM
- Comisión de Violencia del HGUGM
- Comisión de Humanización del HGUGM
- Comisión de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón
- Comisión de Responsabilidad Social Corporativa del HGUGM
- Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) 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 Internacional
- Órganos de asesoramiento a la Dirección como Juntas Técnico-Asistenciales y del Instituto.

- Grupos de trabajo de participación externa

- 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, el Plan de Atención Social a la Infancia, el Plan de Humanización, entre otros.
- Grupos de trabajo dentro de Sociedades Científicas (SEPSM, AEPNyA, ECNP, WADD...)
- Grupos de trabajo para la creación de Guías de Tratamiento 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 proyectos de investigación y ensayos clínicos a nivel europeo

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
En cada ciclo estratégico se revisan los grupos de trabajo y de mejora, con el fin de adecuarlos a las nuevas necesidades que se detectan. Los grupos están en continua adaptación y mejora.	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none">• Actas de las Comisiones y grupos de trabajo.	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Comisión de Asistencia y Calidad.

ENFOQUE

2.3.2. Colaboración con otras entidades para identificar oportunidades de creatividad e innovación.

Promovemos el aprendizaje y la colaboración con otras entidades de manera continuada. Los principales enfoques que utilizamos son:

- Colaboración con organismos donde los profesionales del Instituto tienen una posición de liderazgo.
- Creación de alianzas estratégicas con otros hospitales que permita mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención.
- Visitas de profesionales a otras organizaciones y visitas de profesionales de otras organizaciones.
- Intercambio de experiencias con otras organizaciones.

A través de estos mecanismos, identificamos de manera continua oportunidades de innovación y desarrollo.

DESPLIEGUE

- **Colaboración con organismos e instituciones** en los que los profesionales del Instituto tienen una posición de liderazgo; algunos ejemplos son:
 - Sociedades internacionales (ej.: European College of Neuropsychopharmacology, World Association of Dual Disorders, SIRS...)
 - Sociedades nacionales (ej.: Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia).
 - Dirección de la Red Europea de Neuropsicofarmacología Infantil.
 - Coordinación de Salud Mental de la Red Española de Ensayos Clínicos Pediátricos.
 - Coordinación del Programa del Niño y del Adolescente de la única Red de Investigación en Psiquiatría que existe a nivel nacional, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM, www.cibersam.es).
- **Visitas de profesionales y organizaciones:**
 - Los responsables de Unidades o los Directores Médicos de otros Hospitales de reciente o próxima apertura nos han solicitado ayuda para desarrollar sus planes de acción. Algunos ejemplos son: Hospital Clínico de Zaragoza, Hospital Clínico de Valladolid, Hospital de Basurto en Bilbao, Hospital de San Sebastián, Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, Hospital Central en Oviedo, Hospital Clínico de Ciudad Real, Valle Hebrón y San Joan de Deu en Barcelona, Son Espases en Palma de Mallorca.
 - También realizamos asesoramiento a los responsables de salud mental de Bélgica, Francia, Holanda y Reino Unido, así como responsables educativos de varios países de la Unión Europea, y actuamos como expertos ante organismos como el Parlamento o la Unión Europea.
- **Intercambio de experiencias** con otras organizaciones:
 - De manera regular se realizan visitas por parte de nuestro personal a otros centros asistenciales relacionados con la Salud Mental: hospitales de País Vasco y Cataluña, Hospitales de Día (AMICEM, Pradera de San Isidro, Vallecas, ICPR...), centros terapéuticos (La Berzosa, Picón de Jarama, etc.), centros de menores con cumplimiento de medida (Teresa de Calcuta, etc.), centros de trastornos de conducta (Recurra, etc.), entre otros.
 - También se promueven reuniones con equipos de enfermería con otras organizaciones. Ejemplos: Hospital Niño Jesús, Hospital Clinic, San Juan de Dios y Benito Menni de Barcelona, unidades de psiquiatría infanto-juveniles de San Sebastián y Bilbao, entre otras.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

En cada ciclo estratégico y a través de los distintos grupos de trabajo y de mejora, se revisan y adaptan las necesidades de colaboración externa. El grupo de satisfacción del IPSMarañón se encarga de recoger las necesidades detectadas y las oportunidades y es quien organiza las visitas, a las que puede apuntarse

cualquier trabajador del hospital, priorizando las oportunidades de desarrollo profesional en función de las tareas que desempeñe en el IPSMarañón.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Resultados y líneas de trabajo de las distintas unidades

Actas del grupo de satisfacción

RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad (grupo de satisfacción)
--------------------	--

ENFOQUE

2.3.3. Participación en redes de aprendizaje para identificar oportunidades de creatividad e innovación.

Promovemos participación en redes externas de aprendizaje que nos permiten disponer del conocimiento más avanzado e innovador para adoptar y desarrollar iniciativas diferenciadoras y líderes en nuestro ámbito.

La actividad externa es muy amplia y diversa, tanto en el área asistencial como en el área investigadora.

DESPLIEGUE

La participación en redes de aprendizaje con otras organizaciones se despliega de la siguiente manera:

- A nivel de **investigación**, el Instituto desarrolla su labor dentro del Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM) y a través de la Fundación para la Investigación Biomédica Gregorio Marañón (FIBHGM).
- Existe también una colaboración estrecha con el **CIBERSAM** (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental), siendo uno de los grupos de investigación que lo componen, participando en los cursos y reuniones científicas anuales, así como en las reuniones de planificación de investigación de dicha organización.
- El Instituto participa también en las **reuniones de los Comités científicos** a nivel nacional de la SEPSM (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental), la SPM (Sociedad de Psiquiatría de Madrid), AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) y a nivel internacional de la ECNP (European College of Neuropsychopharmacology), ESCAP (Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y Adolescente), entre otros.
- Se coordinan la **Red de Prevención y la Red de Neuropsicofarmacología Infantil** de la ECNP, y se participa en la Comisión de Dirección de la Red Europea de Investigación Pediátrica de la Agencia Europea del Medicamento (EmprEMA). 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 revistas 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 con objetivos concretos.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

En cada ciclo estratégico y a través de los distintos grupos de trabajo y de mejora, se revisan y adaptan las necesidades de participación en redes de aprendizaje.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Resultados y líneas de trabajo de las distintas unidades

RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Comisión de Asistencia y Calidad
--------------------	---

ENFOQUE	
<p>2.3.4. Benchmarking y buenas prácticas</p> <p>El IPSMarañón promueve continuamente el intercambio de experiencias, la búsqueda de buenas prácticas y el aprendizaje basado en el benchmarking. El liderazgo del Instituto permite promover colaboraciones y compartir experiencias entre distintas entidades de manera proactiva.</p> <p>Utilizamos comparaciones con el propio HGUGM, con CIBERSAM (Centro de investigación biomédica en Salud Mental), y con la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), participando y liderando en grupos de benchmarking y comparación.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Las principales fuentes de referencia y actividades que realizamos son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CIBERSAM, donde disponemos de experiencias y resultados a nivel de investigación, a través de 22 grupos de investigación en toda España en 7 programas: depresión y prevención del suicidio, esquizofrenia, trastorno bipolar, innovación terapéutica, psiquiatría del niño y el adolescente, trastornos psicósomáticos, de ansiedad y de control de impulsos y formación. • Plan estratégico de salud y mental y adicciones de la Comunidad de Madrid • Resultados de satisfacción de pacientes/familiares y personal, con el HGUGM • Este último año, hemos desarrollado un programa piloto de comparación de 6 indicadores de calidad asistencial con otros 5 hospitales españoles en el marco de un proyecto de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. • Este año hemos realizado también las primeras jornadas orientadas hacia la promoción de buenas prácticas tanto en calidad como de investigación, que esperamos sean una oportunidad de benchmarking en el futuro. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El programa piloto se inició con las jornadas y se espera su desarrollo en este 2023, siendo una iniciativa muy innovadora en nuestro sector y ámbito de influencia.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Resultados asistenciales, de satisfacción y de investigación.</p> <p>Anexo 17. Proyecto benchmarking Salud Mental</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

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

ENFOQUE	
<p>2.4.1. Comunicación de la estrategia a los GI clave</p> <p>La comunicación de la estrategia a los grupos de interés, tanto internos como externos, es clave para conseguir la implicación y la involucración para su desarrollo y despliegue. Una vez elaborado el plan estratégico, y tras cada revisión anual, se comunica a todo el personal las distintas estrategias, acciones y objetivos. Las comisiones y los grupos de mejora se encargan de trasladar las acciones a los distintos responsables y servicios.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La comunicación de la estrategia a los trabajadores del Instituto se realiza principalmente a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - las reuniones de gestión y coordinación que se llevan a cabo en los distintos recursos asistenciales (CSM, hospitalización de adolescentes y de adultos, interconsulta, urgencias, programas específicos). - Reuniones cuatrimestrales 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. Las actas están disponibles para todo el personal. - Reuniones específicas sobre temas concretos. Esta información se transmite a las comisiones pertinentes y se incorpora en las actas, que están disponibles para todo el personal. - Intranet: Incluye los procedimientos y protocolos en vigor, así como los procesos de trabajo. - TEAMS: la información relevante se organiza en los distintos canales para que esté a disposición de los trabajadores del Instituto. - Difusión a través de listservers (correo personalizado a cada trabajador). - Página web: La estrategia también se transmite a otros grupos de interés, a través de la página web, accesibles a pacientes, familiares, estudiantes y profesionales de otras organizaciones sanitarias: Plan estratégico, Carta de servicios, Memorias y otros documentos. - Portal de transparencia de la CM: se comunican y almacenan los resultados de las Cartas de Servicios del Instituto, que son públicos. <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>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<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>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicaciones y presentaciones de Dirección. • Página web. 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS



CRITERIO 3 – IMPLICAR A LOS GRUPOS DE INTERÉS

RESUMEN

Orientación a nuestros clientes

Aunque siempre hemos considerado a nuestros pacientes en el centro de todas nuestras actividades, también tenemos muy en cuenta los métodos de gestión para orientarnos a conocer, entender y desarrollar mejoras en nuestras actuaciones sobre todos los clientes (no sólo pacientes).

Nuestra actividad comprende actividad asistencial, docente e investigadora y, por tanto, tenemos distintos tipos de clientes con distintas necesidades y expectativas. Hemos diseñado e implantado numerosas herramientas para conocer e identificar las necesidades y expectativas de todos nuestros grupos de interés, especialmente las de nuestros clientes, que se explican y desarrollan a lo largo de la información incluida en los distintos criterios.

Desarrollamos continuamente nuestros procesos y servicios, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de nuestros clientes: pacientes, familiares, estudiantes, residentes, otros profesionales de la red de salud mental, entre otros, para adaptarnos y ofrecer soluciones diferenciadoras como corresponde a un Instituto de nuestro nivel de especialización.

A través del desarrollo de nuestra línea 10 “Dar voz y escuchar a los pacientes y sus familias”, hemos dado un salto cualitativo para la integración de los pacientes y sus familias en nuestra actividad, lo que nos permite conocer su experiencia y evolucionar en formas de tratamiento, asistencia y trato (comisión de usuarios, planes de humanización, múltiples encuestas de percepción, etc.).

Las personas, nuestra esencia

Las personas de la organización son la esencia de nuestra organización.

En los últimos 3 años hemos desarrollado multitud de acciones de gestión sobre nuestro personal dirigidas a atraer y mantener el talento, desarrollar las competencias y potenciar la participación e implicación de todos, tanto profesionales como residentes, en los distintos aspectos del trabajo que se desarrolla en el Instituto. Un aspecto importante durante la pandemia fue el desarrollo de mecanismos de apoyo, liderados desde el IPSMarañón para todo el personal del Hospital, para dar apoyo psicológico y emocional a nuestros profesionales, enfrentados a un reto asistencial de proporciones desconocidas anteriormente, tanto por su intensidad como por su duración.

Los objetivos específicos que hemos ido alcanzando durante este último ciclo son los siguientes:

- Sensibilizar a todos los profesionales con el propósito, la visión, los valores y la estrategia del Instituto.
- Desarrollar mecanismos de comunicación efectivos y crear una estructura organizativa nueva dentro del Instituto.
- Potenciar la gestión por competencias, en base al proyecto JCI.

Integración con la Consejería de Sanidad, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y el propio Hospital

Nuestra estrategia gira, como no puede ser de otra manera, en torno a la estrategia propia de nuestros principales reguladores: la Consejería de Sanidad, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y el propio Hospital.

Los planes, programas y objetivos que consensuamos a través del Contrato Programa anualmente se basan en los distintos objetivos estratégicos que nos fijamos como Instituto.

Nuestro enfoque es favorecer la integración con las políticas de la Consejería y durante este último año hemos dado un paso más, desarrollando encuestas de percepción directas que complementan la visión y opinión de los distintos responsables y nos ayudan a consolidar la excelente relación y cooperación que tenemos con la Consejería.

Numerosos profesionales del Instituto participan de forma integrada en las distintas Comisiones y grupos de trabajo del Hospital, para diseñar y colaborar en el diseño y ejecución de las distintas iniciativas del mismo

integradas en la estrategia de sanidad de la Consejería (asistencia, docencia, investigación, calidad, seguridad, experiencia, humanización, etc.)

Sostenibilidad y apertura a la sociedad

El Instituto participa en la Comisión de Responsabilidad Social del Hospital, donde se ha realizado un avance muy importante de apertura a la sociedad y desarrollado la estrategia de sostenibilidad. Los objetivos que ha conseguido el Instituto desarrollar en materia de relación con la sociedad son los siguientes:

- Mantener el compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las metas de la Agenda 2030.
- Foros de participación de grupos de interés, como la Comisión de Usuarios, el trabajo con las Asociaciones de Pacientes y con otras entidades de iniciativa social.
- El IPSMarañón lidera grupos de innovación dentro de las Sociedades Científicas que contribuyen de manera clara al desarrollo y progreso de la Salud Mental.

Implicación de nuestros partners y proveedores

Hemos identificado los distintos partners y proveedores, que van desde proveedores de servicios y proveedores tecnológicos, hasta partners relevantes como son los Servicios Sociales, la Atención Primaria, el CIBERSAM, el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital o la Universidad Complutense.

En general, realizamos multitud de métodos de relación y de medición de satisfacción (encuestas, focus groups, etc.) para integrar a nuestros grupos de interés lo máximo posible en nuestro propósito, visión y estrategia.

PONDERACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS:

CLIENTES	35%	PERSONAS	30%	INVERSORES /REGULADORES	15%	SOCIEDAD	10%	PARTNERS / PROVEEDORES	10%
-----------------	-----	-----------------	-----	--------------------------------	-----	-----------------	-----	-------------------------------	-----

3.1. Clientes: Construir relaciones sostenibles.

ENFOQUE
<p>3.1.1. Identificación y clasificación de los clientes. Gestión de relaciones con clientes</p> <p>De acuerdo con nuestro proceso de identificación de los grupos de interés (ver 1.2), y en función de las distintas necesidades y expectativas identificadas, clasificamos a nuestros clientes de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes: nuestro principal grupo de interés, cuya necesidad principal es garantizar la efectividad científico-técnica para cuidarles y mejorar su salud en lo posible. - Familiares: forman parte de nuestro servicio e interacción, en cuanto a ofrecer información, servicios de soporte durante su estancia, y dar soporte a los pacientes. - Estudiantes: son los que reciben el resultado de nuestro proceso de docencia y que forma parte importante de nuestra actividad. - Residentes: son clientes clave ya que reciben nuestra formación teórica y práctica, y constituyen el futuro de los profesionales de la sanidad.
DESPLIEGUE
<p>Desarrollamos y gestionamos las relaciones con cada uno de los tipos diferentes de clientes que identificamos, durante todas las etapas de creación de valor, a través de multitud de enfoques que nos permiten tener una continua relación y contacto con ellos para poder adaptar nuestros servicios y circuitos en cada caso. Se resumen aquí los enfoques y relaciones innovadores que desplegamos con los GI clientes:</p> <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo con la LE 10 (dar voz y escuchar a los pacientes y sus familias), el hospital integra a los pacientes en la toma de decisiones del Instituto, a través de la Comisión de Usuarios. - Se realizan grupos focales de pacientes para el desarrollo de nuevos procesos asistenciales y de investigación y para obtener oportunidades de mejora con su colaboración. - Se utilizan métodos cuantitativos y cualitativos para la percepción y la experiencia de sus clientes. Se llevan a cabo encuestas de satisfacción de pacientes y familiares en distintos programas (que se analizan de forma semestral), utilizando también el sistema NPS. 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). - La mejora de relación y colaboración con atención primaria consolida la fidelidad de los pacientes que perciben la continuidad asistencial como un valor. La Comisión de Atención Primaria y Psiquiatría, la creación de la figura de la enfermera de urgencias de psiquiatría y la potenciación de las e-consultas con Atención primaria facilitan la coherencia de mensajes y la confianza de los pacientes. <p>Familiares:</p> <p>Se promueve el empoderamiento e implicación de los familiares con los pacientes. La participación de los familiares en el autocuidado de los pacientes es un excelente mecanismo para entender sus inquietudes, ayudar a resolverlas y facilitar la información necesaria para conocer su entorno. Se realizan grupos de padres de pacientes con carácter semanal, donde comparten experiencias entre ellos, manifiestan sus dudas y preocupaciones con respecto a sus hijos, aprenden estrategias de afrontamiento y disponen de un espacio para trasladar solicitud de mejoras para la atención.</p> <p>Estudiantes y Residentes: se desarrollan programas de acogida para la incorporación de residentes y estudiantes, se diseñan y adaptan los itinerarios formativos según necesidades, se promueve la comunicación ágil con los tutores, y se ha evolucionado en la impartición de la formación online. También se organizan jornadas de puertas abiertas no presenciales para facilitar la comunicación y las relaciones con los residentes.</p>
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS
<p>Pacientes y familiares:</p>

Los distintos enfoques e iniciativas que se desarrollan para gestionar las relaciones con los pacientes y/o familiares se revisan periódicamente en las distintas reuniones de las Comisiones de Calidad y Asistencia y se priorizan en función del análisis de las encuestas de calidad percibida.

Residentes y estudiantes: se realizan evaluaciones de los alumnos a su paso por las rotaciones para comprobar su evolución en el aprendizaje de la práctica clínica; se realizan encuestas de residentes con un alto nivel de satisfacción, también para los rotantes externos.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Grupos focales de pacientes
- Grupos de familias
- Comisión de Usuarios
- Evaluación anual y calificación de los residentes
- Encuestas de satisfacción y encuesta de clima

RESPONSABLE

Comisión de Calidad y Asistencia

ENFOQUE	
<p>3.1.2. Grupos focales de pacientes</p> <p>Dar voz y escuchar al paciente constituye una de las líneas básicas de nuestra estrategia. 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. Los Grupos focales se constituyen como un órgano de asesoramiento del Instituto, cuyas propuestas son valoradas para la toma de decisiones organizativas. Estos grupos se han desarrollado ad hoc o se han realizado durante las asambleas de pacientes que tienen lugar de manera periódica en las UHB de adolescentes y adultos. El objetivo es mejorar la relación de pacientes con el Instituto, actuando como una herramienta que sirva para incrementar la humanización y la calidad de los servicios, fomentando los niveles de participación de los usuarios en la elaboración de circuitos y procesos asistenciales y de los proyectos de investigación que se desarrollan en el Instituto.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Algunos ejemplos de oportunidades de mejora y acciones que se han realizado a raíz de los grupos focales de pacientes, son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Realización de talleres de manualidades para hacer pulseras que cubran los identificadores de ingreso durante las salidas, que se están poniendo en marcha • Desarrollo de una App para seguimiento de síntomas de psicosis por parte de los pacientes adolescentes. • Identificación de los síntomas que los pacientes con desregulación emocional consideran que tienen más impacto en su funcionamiento y que deberían ser objeto de investigación. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Evaluamos el resultado de las distintas actuaciones a través de la Comisión de Asistencia y Calidad en coordinación con los distintos servicios.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Informes Grupos Focales 	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

ENFOQUE	
<p>3.1.3. Mecanismos de relación con los pacientes</p> <p>Hemos desarrollado diferentes mecanismos tanto para potenciar las relaciones con los pacientes como para recoger su percepción y retroalimentación, con el enfoque de potenciar la cercanía y la interrelación, de manera que conozcamos continuamente el cambio en las principales necesidades/expectativas que puedan aparecer a lo largo de la asistencia.</p> <p>Los principales mecanismos en relación con los pacientes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas médicas - Asambleas con pacientes - Encuestas de satisfacción a pacientes - Información del Aula Hospitalaria 	
DESPLIEGUE	
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas médicas <p>Durante las entrevistas de los profesionales con los pacientes se obtiene la opinión directa del paciente, cómo se encuentra y se identifican necesidades que puedan manifestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asambleas con pacientes <p>Se realizan asambleas con pacientes donde se manifiestan sus quejas o sugerencias. Los pacientes reciben información directa del uso que se va a hacer de sus opiniones y, cuando no es posible poner en práctica sus sugerencias por motivos terapéuticos, se les explican dichos motivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encuestas de satisfacción a pacientes <p>Se realizan distintos tipos de encuestas de satisfacción para recoger la opinión de los pacientes (ver 3.1.5.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información del Aula Hospitalaria <p>Los profesores del Aula Hospitalaria recogen información directa de los pacientes alumnos relacionada con el funcionamiento, sus expectativas y satisfacción con la misma, a través de encuestas.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Toda la información que se recoge se traslada al Grupo de Resultados, donde se analizan para identificar oportunidades de mejora.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de percepción • Resultados de las asambleas de pacientes. • Planes de acciones de mejora. 	
RESPONSABLE	Grupo de Resultados

ENFOQUE

3.1.4. Mecanismos de relación con los familiares y tutores

También hemos desarrollado diferentes mecanismos para potenciar las relaciones y recoger la percepción de los familiares/tutores, en paralelo a las actuaciones con los pacientes, que son igualmente relevantes para identificar expectativas que no estén cubiertas o necesitemos mejorar.

Los principales mecanismos en relación con los familiares o tutores de los pacientes son:

- Recogida de comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias
- Buzón de sugerencias
- Reclamaciones
- Encuestas de satisfacción a familiares/tutores

DESPLIEGUE

- Recogida de comentarios, felicitaciones, críticas y sugerencias

Se realiza 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 del Servicio de Atención al Paciente, que nos las remite para su análisis y acción. Además, se recogen las felicitaciones por escrito.

- 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 (SAP) 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.

- Reclamaciones

Las 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, Jefe de Sección, responsables de programas...). El tiempo de respuesta a las reclamaciones establecido como objetivo por el Hospital es de menos de 15 días, objetivo que se ha cumplido todos los años desde que se monitoriza (ver resultados). El Servicio de Atención al Paciente es el encargado de hacer llegar la contestación a aquellos que la interpusieron. 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.

- Encuestas de satisfacción a familiares/tutores

También existen distintas encuestas a familiares/tutores (ver 3.1.5)

- Grupos de padres (ver 3.1.1.)

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Toda la información que se recoge se traslada al Grupo de Resultados, donde se analiza para identificar oportunidades de mejora.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Encuestas de percepción
- Encuestas NPS
- Resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes (6.1).
- Encuesta de evaluación de calidad formativa a residentes. (6.1)
- Actas Comisión de Calidad Percibida.
- Planes de acciones de mejora.

RESPONSABLE	Comisión de Calidad Percibida. Comisión de Asistencia y Calidad. Referentes de experiencia del paciente de los servicios.
--------------------	---

ENFOQUE	
<p>3.1.5. Medición de percepción y feedback de los clientes</p> <p>Desarrollamos múltiples encuestas de percepción tanto a pacientes como a familiares/tutores y residentes, con el fin de conocer su percepción en distintos ámbitos y parámetros.</p> <p>Las encuestas se desarrollan de manera sistemática y cada una de ellas tiene una periodicidad determinada, en función de la utilidad de la información que recogemos.</p> <p>Las encuestas de percepción de clientes que utilizamos son las siguientes:</p> <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción Adultos UHB - Satisfacción hospitalización a domicilio - Satisfacción Aula UADO - Satisfacción AdCom - Satisfacción CSM - NPS <p>Familiares/tutores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción Padres UADO - Satisfacción AMITEA padres - Satisfacción PRISMA padres - Satisfacción Padres CSM - NPS <p>Residentes/alumnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción residentes - Satisfacción alumnos-Docencia - Satisfacción residentes externos 	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue de las encuestas se realiza de manera anual, encuestando a cada tipo de cliente con encuestas diferentes, con el fin de obtener la mayor información posible de los distintos servicios.</p> <p>Todas las encuestas se recogen, se analizan y se identifican áreas de mejora para abordar proyectos, iniciativas y nuevas líneas de trabajo en la revisión anual de nuestro plan estratégico.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Todas las encuestas se analizan en el Grupo de Resultados y se coordinan por la Comisión de Calidad y Asistencia, y se presentan los resultados en las reuniones periódicas de las Comisiones y la Dirección.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Planes de mejora</p> <p>Resultados de las encuestas (ver criterio 6)</p>	
RESPONSABLE	Grupo de Resultados

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

ENFOQUE	
3.2.1. Estrategia de personal	
<p>La estrategia de la gestión de las personas está vinculada a las necesidades del Instituto y por tanto a las estrategias de éste, en función de puestos de trabajo, conocimientos y competencias, y la estructura y modelo de organización.</p> <p>La planificación de los recursos humanos en los últimos años ha estado centrada en la ampliación de la plantilla para dar respuesta al volumen creciente de actividad docente e investigadora, sin perjudicar la calidad asistencial ni sobrecargar al personal. Este objetivo se ha concretado en las siguientes acciones:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Ser pioneros en el hospital en el desarrollo de la gestión por competencias y en la evaluación de las mismas. 2) Comunicación a la Oficina de Salud Mental y Adicciones del incremento en necesidad de personal y justificación del mismo en relación a los cambios experimentados en la demanda. 3) Conocer las convocatorias públicas y privadas de ayudas a proyectos de investigación. 4) Incrementar el número de proyectos de investigación financiados y contratar a profesionales con fondos externos. 5) Facilitar la movilidad interna ante la creación de nuevos puestos de trabajo, mediante un proceso de oportunidad y mérito. 	
DESPLIEGUE	
<p>La estrategia se despliega en distintas líneas de trabajo y proyectos y sigue la estrategia del Hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización del trabajo: puestos, perfiles, etc. - Gestión del empleo: incorporación/acogida, movilidad, desvinculación - Gestión del rendimiento: planificación, evaluación del desempeño - Gestión de la compensación: retribución y reconocimiento - Gestión del talento y el desarrollo: promoción y carrera, aprendizaje - Gestión de las relaciones humanas y sociales: clima laboral, relaciones laborales, políticas sociales <p>Desde 2021 la unidad de gestión por competencias y evaluación del desempeño ha trabajado con los gestores clínicos y no clínicos en el desarrollo de competencias de liderazgo, facilitándoles herramientas para el diseño, despliegue del modelo de gestión por competencias y para la gestión de sus equipos.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los procesos son evaluados permanentemente mediante encuesta de satisfacción al profesional, lo que permite detectar áreas de mejora.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Programa gestión por competencias</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE

3.2.2. Capacidad de atracción y retención de talento

Los procesos de selección, contratación, ascensos, movilidad, categorías profesionales, remuneración y reconocimientos a los profesionales están sujetos a la legislación aplicable a las Administraciones Públicas y a los convenios colectivos de personal laboral y funcional de la CM y el Convenio Colectivo de los trabajadores del Hospital.

Esta normativa contempla las siguientes políticas:

- Igualdad de oportunidades y no discriminación.
- Imparcialidad: métodos objetivos de valoración.
- Confidencialidad.

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 su reconocimiento.

En aquellos puestos que dependen directamente de la Dirección del Instituto (ej. Coordinadora de investigación) se aplican criterios de competitividad para la consecución de los mismos.

Se promueve la excelencia clínica y la incorporación de profesionales con trayectorias destacadas tanto en clínica como en investigación mediante las convocatorias de investigación y mediante los mecanismos establecidos por la administración como las Comisiones de Servicio.

Las Comisiones de Servicio son algo distintivo del IPSMarañón; consisten en que, en lugar de sacar plazas de interinidad para personas de dilatada trayectoria con plaza fija, solicitan una Comisión de Servicio con el IPSMarañón para poder desarrollarse como profesionales en nuestra organización. Varios psiquiatras de Madrid y de otras CCAA (Andalucía, Castilla La Mancha) han solicitado estas Comisiones para trabajar en el Instituto.

DESPLIEGUE

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

- Reconocimiento de los resultados obtenidos por los profesionales.
- Fomento de la promoción laboral.
- Modelo retributivo equitativo.
- Financiación de la formación y la participación en investigación, congresos, grupos externos, etc. como una herramienta de reconocimiento del desempeño.
- 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.
- El personal de enfermería también ha diseñado y puesto en marcha actividades grupales para pacientes como Mindfulness, de prevención de autolesiones, simbolismo de la lectura, talleres de creatividad, y ha participado en formación e impartiendo cursos sobre trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de conducta alimentaria (TCA) o técnicas de desactivación verbal y aplicación segura de sujeciones. Recientemente profesionales de enfermería han empezado a desarrollar proyectos de investigación competitivos.
- Los clínicos participan en formación a alumnos y residentes, asisten y presentan ponencias en congresos de la especialidad (SEPSM, AEPNyA, ECNP, ESCAP, WADD, AEESME, etc.), o han participado en la elaboración del Plan de Salud Mental, el Plan de Humanización, 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, WADD), 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.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Cada una de las líneas descritas tiene su propio sistema de evaluación y análisis de mejora.

El modelo de gestión por competencias y desarrollo directivo tiene descrita una etapa de análisis al finalizar la evaluación de desempeño anual, para detectar mejoras e incorporarlas al modelo en permanente desarrollo.

Así mismo incluimos preguntas específicas en encuestas de satisfacción.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Resultados clima laboral
- Modelo de gestión por competencias
- Carrera profesional

RESPONSABLE

Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>3.2.3. 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 al 90% de los profesionales de sustitución de verano, y después se amplió al resto de profesionales de nueva incorporación, teniendo al menos una evaluación el 90% de la plantilla de enfermeras y el 40% de las TMSCAE. Este sistema de gestión por competencias se ha desarrollado después para los profesionales de psiquiatría y psicología de los distintos servicios del IPSMarañón.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>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. Además del personal de enfermería, se realizó también la evaluación del resto de personal asistencial del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Durante 2023 se ha evaluado por primera vez a los facultativos del Servicio de Psiquiatría del Adulto y se han repetido las evaluaciones de los facultativos del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y de los profesionales de enfermería.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Se ha realizado autoevaluación y evaluación por los Jefes de Servicio y los coordinadores de programas en sesión individual con cada una de las personas, en base a las competencias de cada Servicio aprobadas por la Dirección del Hospital, que incluyen las Competencias del SERMAS. Se han documentado las áreas de mejora identificadas para cada profesional. Las competencias del personal de investigación se evalúan de manera anual por el Director del Instituto y la Coordinadora de Investigación en base a los objetivos personalizados de cada uno de los profesionales.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gestión por competencias • Guía rápida del proceso de gestión por competencias • Guía del proceso de evaluación de resultados para responsables clínicos 	
RESPONSABLE	<p>Jefe de Servicio de Psiquiatría del Adulto, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Jefa de Enfermería</p>

ENFOQUE

3.2.4. Planes de formación y desarrollo profesional

La formación es un aspecto esencial para mantener y mejorar la cualificación de los profesionales en nuestro sector. Cada año surgen nuevas necesidades que nos obligan a mantener un proceso de identificación de necesidades formativas muy sistemático. Adicionalmente al Plan de Formación continuada interno, se facilita que los profesionales acudan a reuniones sectoriales externas (Congresos, Seminarios...) y se organizan reuniones, cursos y encuentros del más alto nivel abiertos a personal del mismo.

El IPSMarañón ha constituido una comisión de formación continuada dirigida a detectar e impulsar la formación y capacitación de los profesionales del instituto. También participamos en el plan de formación continuada en Salud Mental de la Oficina Regional de Salud Mental.

DESPLIEGUE

El despliegue de los planes de formación y desarrollo profesional se realiza a través de:

- **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 Instituto ha propuesto y financiado con fondos propios varios cursos sobre desactivación verbal, defensa personal, risoterapia, atención plena, mindfulness y discusión de casos clínicos.
- **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.

El inicio de nuevas tareas asistenciales también ha ido acompañado de formación específica. Entre los logros recientes destaca la formación para desarrollar competencias profesionales para implementar nuevos programas, por ejemplo: más de 10 profesionales acreditados en técnicas e instrumentos de diagnóstico de autismo (ADOS, ADI-R) para implantar el programa AMI- TEA y el Programa de Diagnóstico Complejo, formación en técnicas específicas de Mindfulness y de Terapia dialéctica comportamental (DBT) para implementar el programa para menores con problemas de personalidad (ATraPA). Se ha desarrollado un curso anual de actualización en Psiquiatría infantil desde el Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente con más de 500 inscritos en cada edición, además de desarrollar múltiples cursos desde el Instituto de actualización clínica, técnicas diagnósticas, psicofarmacología o genética entre otros.

- **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.
- **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.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

El Plan de formación se revisa anualmente, evaluando su eficacia y proponiendo nuevos cambios y enfoques en cada período.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Plan de formación; Resultados en formación.	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
3.2.5. Evaluación de la percepción de las personas	
<p>Para la evaluación de la percepción de las personas de la organización, realizamos encuestas de satisfacción al personal cada dos años desde el año 2003 (en el año 2020 debido a la pandemia, se trasladó al 2021). Los aspectos que se analizan se estructuran en 4 bloques principales: Satisfacción general, organización, trabajo, factores personales.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>En un primer momento se utilizó la encuesta Font Roja para medir la percepción de las personas de manera bianual. Tras iniciarse el proceso de evaluación de satisfacción del personal por parte del hospital se llevó a cabo una adaptación del instrumento utilizado por el hospital, utilizándose desde entonces una encuesta estructurada en 69 preguntas, 18 dimensiones y 4 bloques. Una vez entregada al personal y cumplimentada de forma anónima, se analiza por el Grupo de Satisfacción, que analiza los resultados, propone acciones de mejora y los presenta al personal y a la Dirección del Instituto.</p> <p>En el año 2021 se mejoró la implantación de la encuesta al digitalizarla por completo y hacerla más accesible y asequible en su análisis. Tras la recolección de resultados se desarrolla un informe muy completo segmentado por tipo de profesional, por área y unidad.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
Anualmente se realiza el seguimiento de las acciones de mejora.	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta al personal • Resultados de percepción del personal 	
RESPONSABLE	Grupo de Satisfacción (Comisión Asistencia y Calidad)

3.3. Inversores y reguladores: Asegurar y mantener su apoyo continuo.

ENFOQUE	
<p>3.3.1. Identificación de necesidades y expectativas</p> <p>Nuestros principales reguladores son el propio Hospital, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la CM.</p> <p>Con el Hospital, y en relación con la Consejería de Sanidad a través del Contrato Programa anual, establecemos un compromiso en la gestión del Instituto y en la consecución de una serie de objetivos anuales priorizados. Las necesidades y expectativas de la Consejería se enmarcan directamente en el Contrato Programa y se definen de forma detallada en él.</p> <p>El IPSMarañón alinea su estrategia de forma directa con los planes y estrategias, tanto del Hospital como de la Consejería. Las 4 perspectivas de la estrategia de la Consejería (sostenibilidad, orientación a las personas; mejora de los procesos e innovación, investigación y formación) se alinean con las 14 líneas estratégicas actuales del Hospital, y nuestro plan estratégico se alinea con el plan estratégico del Hospital (10 líneas estratégicas).</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El IPSMarañón despliega acciones, proyectos e iniciativas para cumplir con estas necesidades y expectativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despliegue de los objetivos establecidos y pacto de gestión con el Hospital • Revisión /adaptación de la cartera de servicios para cumplir con los objetivos establecidos • Seguimiento de indicadores y cumplimiento de objetivos permanente • Desarrollo de planes/iniciativas nuevas, integrando a otras entidades, (ej.: atención primaria, etc.) 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La evolución de nuestra estrategia y acciones derivadas se revisan y se actualizan anualmente en función de los nuevos objetivos establecidos en el Pacto de Gestión. Mensualmente primero y anualmente de forma global, se supervisa el cumplimiento de estos objetivos y sus indicadores asociados, para dar cumplimiento a las necesidades/expectativas establecidas.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacto de objetivos • Análisis y seguimiento de objetivos 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>3.3.2. Gestión de relaciones con la Consejería de Sanidad y con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la CM.</p> <p>Una de las prioridades del equipo directivo del IPSMarañón es la implicación, colaboración y contribución de los líderes a los grupos de trabajo y desarrollo de políticas que nuestros organismos reguladores establecen en los distintos niveles asistenciales y de gestión, investigación y docencia.</p> <p>Los principales líderes de la organización (a nivel directivo y a nivel de servicio/unidad) participan en el desarrollo de las políticas generales y/o en proyectos específicos que determinen los organismos reguladores. La relación con la Consejería de Sanidad y con la Oficina de Salud Mental y Adicciones implica tanto la participación en comisiones periódicas como en reuniones ligadas al desarrollo de proyectos específicos. Los representantes de la Oficina han acudido además a reuniones de la Comisión de Dirección del Instituto.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue de las relaciones con estos grupos de trabajo es clave para que los objetivos se cumplan y podamos contribuir a la mejora del Sistema Sanitario de forma general y, en concreto, al desarrollo de la Salud Mental en la Comunidad. Ejemplos de algunos grupos de trabajo/comisiones externas donde trabajan nuestros profesionales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Media Estancia de Adolescentes • Comisión de salud mental infanto-juvenil • Participación en grupos de trabajo ligados al desarrollo del Plan de Humanización de la CM, el Plan de Salud Mental de la CM entre otros • Reuniones con representantes de la Consejería de Sanidad y la Oficina de Salud Mental para el desarrollo de nuevas modalidades de asistencia. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los grupos de trabajo y comisiones externas se van calendarizando a lo largo del año y todas las conclusiones se van transmitiendo al equipo directivo y demás órganos de gobierno, evaluando la eficacia y resultados de las acciones y objetivos que se van alcanzando.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Actas de Comisiones y grupos de trabajo Plan de Salud Mental de la CM Plan de Humanización de la CM</p>	
RESPONSABLE	Responsables de las distintas Comisiones / Grupos de trabajo. Comisión de Dirección

ENFOQUE	
<p>3.3.3. Evaluación de la percepción de la Oficina Regional de Salud Mental</p> <p>La relación con la Oficina Regional de Salud Mental es continua y a distintos niveles, lo que nos permite identificar las necesidades y expectativas institucionales y específicas. Durante el último año, hemos incorporado un método de evaluación de la percepción a través de encuesta de percepción directa, que nos permite evaluar y complementar la percepción que ya teníamos e identificar nuevas expectativas.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La encuesta de percepción se ha realizado una sola vez por el momento, y está previsto que se edite cada 2 años, ya que estimamos que es un período razonable para identificar nuevas expectativas a la vista de posibles cambios o prioridades en nuestro entorno y ecosistema.</p> <p>La encuesta se diseñó teniendo en cuenta los principales aspectos y expectativas clave de la Oficina: reputación, ética e integridad, sostenibilidad, transparencia, innovación, investigación, docencia, participación en grupos de trabajo, calidad y seguridad del paciente, adaptación a la pandemia, gestión de recursos, humanización y atención al paciente.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los resultados son revisados por el equipo de dirección y se identifican acciones de mejora y se tienen en cuenta las aportaciones para la revisión de la estrategia, en conjunto con las aportaciones de las distintas Comisiones y Grupos de Trabajo que interactúan en mayor o menor medida con la Oficina.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Encuesta a reguladores/inversores. Resultados de percepción</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección.

3.4. Sociedad: Contribuir al desarrollo, bienestar y prosperidad.

ENFOQUE	
3.4.1. Estrategia de sostenibilidad	
<p>La estrategia de sostenibilidad del IPSMarañón sigue la hoja de ruta de la estrategia de sostenibilidad del Hospital, definida en su línea estratégica 14, de sostenibilidad económica, social y medioambiental.</p> <p>Así, la Comisión de Responsabilidad Social del Hospital, donde el IPSMarañón está representado por profesionales del Instituto, ha definido 6 objetivos estratégicos donde se está trabajando desde 2018:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar la implantación de acciones que adecuen el hospital al marco de reconocimiento de las organizaciones del SERMAS en materia de Responsabilidad Social Sociosanitaria 2. Mantener el compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3. Promoción de la salud en el lugar de trabajo 4. Promover las estrategias de certificación acorde al marco evaluativo vigente 5. Foros profesionales de sensibilización y participación 6. Foros de participación de grupos de interés 	
DESPLIEGUE	
<p>Cada objetivo estratégico lleva asociadas acciones estratégicas que se despliegan a través de los distintos mecanismos y grupos de trabajo existentes, y que se supervisan y están en seguimiento por parte de la Comisión de Responsabilidad Social. El IPSMarañón trabaja en línea con estos objetivos, aportando su desarrollo en el área de psiquiatría y salud mental.</p> <p>El Instituto, al 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 disminuye la estigmatización de nuestros pacientes y se facilita su posterior reintegración en la sociedad, ayudando a integrar la percepción social de las enfermedades mentales con la del resto de patologías y consolidando la atención a la salud mental dentro de la atención especializada.</p> <p>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 creación de programas asistenciales específicos (hospitalización de adolescentes, hospitalización abierta, programas de asistencia a poblaciones vulnerables como autismo, patologías genéticas, sordos, víctimas de violencia, etc...), existe un compromiso social de ayudar a la creación de otras Unidades para el tratamiento de estas poblaciones, contribuir a la formación de profesionales del sector y colaborar con las instituciones que lo precisen.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
Anualmente se revisan las actuaciones en materia de impacto social y sostenibilidad.	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Evaluación de reconocimiento de las organizaciones sanitarias.	
Estrategia de sostenibilidad	
RESPONSABLE	Miembros de la Comisión de Responsabilidad Social

ENFOQUE	
<p>3.4.2. Compromiso con la Agenda 2030 y los ODS</p> <p>El IPSMarañón demuestra su compromiso con la Agenda 2030, sus objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y con los 10 principios del Pacto Mundial, al participar en el desarrollo de las acciones para cumplir con los objetivos de adhesión al Pacto Mundial de las Naciones Unidas. Adicionalmente, el IPSMarañón ha definido cómo su estrategia impacta en cada ODS, en base a las metas establecidas para cada ODS (ver Anexo 10 matriz Metas Agenda 2030-Acciones).</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se priorizan en base a la matriz de impacto de ODS, relacionada con las metas de la Agenda 2030:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto de cada línea estratégica en los ODS. • Identificación de a qué metas específicas se contribuye. • Acciones que se desarrollan y/o planifican desarrollar para la contribución <p>De esta forma se han priorizado los ODS siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ODS 3: Salud y Bienestar • ODS 4: Educación de calidad • ODS 5: Igualdad de género • ODS 7: Energía asequible y no contaminante • ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico • ODS 9: Industria, innovación e infraestructura • ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles • ODS 12: Producción y consumo responsables • ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas • ODS 17: Alianzas para lograr los objetivos <p>Todas las acciones y proyectos en marcha se identifican en la matriz Metas agenda 2030-Acciones (ver Anexo 10).</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Cada dos años revisamos los ODS y el grado de impacto que podemos desarrollar en base a nuestra estrategia. La Comisión de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) establece metas específicas para estas acciones y las monitoriza.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Adhesión al Pacto Mundial de Naciones Unidas del Hospital. • Anexo 10. Matriz de ODS-Líneas estratégicas 	
RESPONSABLE	Miembros de la Comisión de Responsabilidad Social

ENFOQUE

3.4.3. Política medioambiental

La política de gestión medioambiental está establecida en el Hospital desde el año 2019, habiendo obtenido la certificación según ISO 14001:2015 para todo el Hospital, tanto para actividades asistenciales como no asistenciales, incluyendo las áreas de docencia e investigación asociada a dichas actividades. El IPSMarañón participa en la Comisión de Gestión Ambiental del Hospital.

Dentro de la estrategia de sostenibilidad la política y objetivos medioambientales cobran una importancia clarísima para contribuir a la sostenibilidad de nuestro ecosistema. Especialmente durante la pandemia, se hizo un esfuerzo enorme por gestionar correcta y adecuadamente la gran cantidad de residuos que se produjeron durante la emergencia sanitaria, colaborando positivamente con las autoridades y grupos de interés externos en desarrollar nuevos procesos e iniciativas para dar respuesta a las necesidades de ese momento.

Anualmente se establecen unos objetivos ambientales, donde el IPSMarañón contribuye dentro de su ámbito de actuación.

DESPLIEGUE

El despliegue del programa medioambiental se desarrolla a través de los siguientes mecanismos y herramientas:

- análisis de riesgos y oportunidades medioambientales
- análisis y evaluación de aspectos ambientales relevantes
- establecimiento de objetivos específicos para la protección medioambiental y la disminución del impacto ambiental
- formación y sensibilización en aspectos medioambientales
- gestión de residuos en toda su vertiente
- programas de mejora de la eficiencia energética
- auditorías internas y externas

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

El sistema de gestión medioambiental se revisa y se evalúa todos los años durante la revisión del sistema por Dirección, estableciendo nuevos objetivos y programas de gestión medioambiental en función de las necesidades detectadas.

Anualmente se llevan a cabo auditorías internas y externas que detectan áreas de mejora.

Como ejemplos de mejora en los últimos años destacan:

- sistema de evaluación “in situ” de la gestión de residuos en las unidades clínicas
- modificación de contenedores de plástico de los residuos de clase III por contenedores reutilizables
- minimización de la huella de carbono
- anexión del HGUGM al proyecto “Súmate al reto del agua” del Canal Isabel II
- nuevos recursos para minimizar el impacto ambiental (compactadores nuevos, camiones de uso exclusivo de baja contaminación, suministros y envases contenedores “green made”)
- promoción y avance en el reciclaje y prácticas ecológicas (utilización de vasos compostables, sustitución de la paletina de plástico (removedor) por una paletina de madera compostable, utilización de botellas de plástico 100% reciclado y reciclable, incorporación de café premium ecológico, etc.)
- actividades de sensibilización medioambiental (talleres de ahorro de agua y reciclado, celebración del día mundial del agua, conmemoración de la semana del medio ambiente, talleres en el colegio del Hospital infantil, etc.)
- el día del medioambiente, se coloca un huerto urbano para los pacientes

CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de gestión medioambiental • Política medioambiental • Resultados medioambientales
RESPONSABLE	Participantes en la Comisión de Responsabilidad Social Corporativa.

ENFOQUE	
<p>3.4.4. Evaluación de la percepción de la sociedad</p> <p>Dentro de la política de sostenibilidad, el IPSMarañón siempre ha fomentado la gestión de las relaciones con las diferentes entidades y grupos de interés desde el punto de vista de la sociedad. En el año 2022 se inició la elaboración de una encuesta muy completa dirigida a nuestros grupos de interés clave en el área social para evaluar su percepción.</p> <p>La encuesta de percepción se ha dirigido prioritariamente a través de la Comisión de Usuarios, ya que son nuestro grupo de interés más importante en el ámbito de la sociedad, donde más impactan nuestras actividades de impacto social en forma de difusión de información sobre la salud mental en la sociedad.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La encuesta se distribuyó a la Comisión de Usuarios en 2022, recogiendo los resultados y estableciendo acciones de mejora, cuando proceden. Posteriormente se analizaron los resultados con la Comisión de Usuarios y se ha iniciado un grupo de trabajo para modificar y mejorar la encuesta.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La encuesta de percepción se analiza y se establecen líneas de mejora dentro de la estrategia de sostenibilidad. Los resultados obtenidos demuestran una percepción muy positiva en general de nuestro impacto social y nuestras iniciativas en materia social.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de percepción de sociedad • Resultados de percepción de la sociedad
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

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

ENFOQUE	
<p>3.5.1. Identificación de partners y proveedores clave</p> <p>La identificación de partners y proveedores clave se realiza a través de la matriz de identificación de grupos de interés clave (ver 1.2).</p> <p>Los grupos de interés identificados son los siguientes:</p> <p>Partners:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Universidad Complutense, importante en relación con la capacidad docente del Hospital ○ Atención primaria, en relación con la continuidad asistencial de nuestros pacientes ○ Servicios sanitarios con los que colaboramos ○ Servicios sociales con los que colaboramos ○ Servicios educativos ○ Fundaciones ○ CIBERSAM y partners de investigación/innovación ○ El propio IISGM <p>Proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proveedores de servicios ○ Proveedores tecnológicos 	
DESPLIEGUE	
<p>La identificación de partners y proveedores clave se realiza en la revisión de cada ciclo estratégico y va evolucionando anualmente en las revisiones operativas anuales, en función de los nuevos objetivos y proyectos que se plantean.</p> <p>El análisis de los partners/proveedores más relevantes para el Instituto son Servicios Sociales, el Instituto de Investigación y Atención Primaria, ya que son las entidades donde más impacta nuestra actividad y en las que los resultados afectan más a nuestros pacientes y familiares.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La identificación y relación con los partners/proveedores se revisa anualmente en la revisión de objetivos de cada plan anual de resultados.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Anexo 4. Matriz de identificación de grupos de interés clave.</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Grupo de Expertos

ENFOQUE	
<p>3.5.2. Promoción de Alianzas Asistenciales, de investigación y de docencia.</p> <p>Desde la dirección del Instituto se ha promovido el establecimiento de alianzas con partners estratégicos que permitan mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia que proporcionamos a nuestros pacientes y a sus familiares. El establecimiento y mantenimiento de alianzas estratégicas es uno de los objetivos que se han pactado con la Dirección del Hospital desde la creación del Instituto.</p> <p>La colaboración estratégica entre centros sanitarios tiene como objetivo aunar recursos y evitar duplicidades, lo que permite agilizar tanto los procesos diagnósticos como los terapéuticos. Además, la coordinación y la puesta en común de distintos recursos permiten poner a disposición de los usuarios programas de alta complejidad en su área de referencia, favoreciendo la continuidad de cuidados.</p>	

La firma de alianzas estratégicas aúna los recursos existentes en los distintos centros para conformar un único marco de colaboración en docencia, investigación y asistencia a personas con trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental. Este modelo organizativo beneficia a los usuarios, que tienen acceso a una cartera de servicios mucho más completa con una mejor continuidad en los tratamientos.

Esta cooperación permite mejorar la eficiencia no sólo en la asistencia a personas con trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental, sino también en lo que a investigación y docencia se refiere. La creación de equipos multidisciplinares posibilita la elaboración de procesos clínicos y protocolos comunes basados en la evidencia científica. Además, la formación continuada y la innovación e investigación conjuntas permiten potenciar la excelencia en la continuidad de los tratamientos y los cuidados ofrecidos. En el ámbito docente, permite intensificar la oferta de pre y postgrado en Psiquiatría y Salud Mental.

DESPLIEGUE

La identificación de partners estratégicos clave se realiza en la revisión de cada ciclo estratégico y anualmente en las revisiones operativas anuales, en función de los nuevos objetivos y proyectos que se plantean.

En base a la relación previa a nivel asistencial y de formación de residentes con el Hospital Universitario del Sureste, se planteó el establecimiento de un acuerdo para la atención integral en la evaluación, diagnóstico y tratamiento psiquiátrico y psicológico, que incluye también programas específicos desarrollados en el Hospital Gregorio Marañón en el ámbito de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente y de la Psiquiatría de Adultos. Con esta alianza también se ponen a disposición de los usuarios del Hospital Universitario del Sureste los recursos de hospitalización a tiempo completo de adultos, adolescentes y niños y hospital de día, así como la Unidad abierta de hospitalización del Hospital Gregorio Marañón.

Para mejorar la asistencia a las personas con trastornos de conducta alimentaria (TCA) tratadas en el programa TCA de nuestro Instituto, se ha firmado una alianza estratégica con el Hospital de Santa Cristina, en el que se ofrecen recursos asistenciales para esta población (ej. Hospital de día). Se ha dotado a una jefatura de sección con personal tanto de Hospital Santa Cristina como de HGUGM, se ha incluido el programa en los procesos de calidad y se desarrolla una estrategia alineada con la del IPSMarañón.

En la atención al autismo, se ha desarrollado una alianza estratégica con el Hospital de Getafe para implementar en dicho centro el programa AMITEA, para la asistencia integral a personas con trastorno del espectro del autismo (TEA), programa pionero desarrollado en el Instituto que actualmente es de referencia para toda la CM.

Se ha iniciado una colaboración estratégica con el Hospital de la Princesa para el desarrollo de equipos de salud mental que realicen su actividad asistencial en los centros de educación especial de nuestra área sanitaria.

Se han establecido contactos para potenciar el centro AdCom en Atención Primaria, el Centro de Atención a las Adicciones de TORREJÓN y la Universidad de Comillas.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Las alianzas estratégicas se firman por un tiempo determinado y están sujetas a revisión anual durante la vigencia de las mismas. En cada revisión anual se incluyen áreas de mejora.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Alianza con el Hospital del Sureste
- Alianza con el Hospital Santa Cristina
- Alianza con el Hospital de Getafe
- Objetivos anuales con la dirección del hospital

RESPONSABLE	Comisión de Dirección
--------------------	-----------------------

ENFOQUE	
3.5.3. Evaluación de la percepción de partners/proveedores	
<p>En el Instituto estamos interesados en conocer la percepción que tienen de nosotros nuestros proveedores y partners. Hemos desarrollado encuestas para medir la percepción de los psiquiatras de los centros de salud fuera del Instituto, los profesionales de los hospitales de día y los de los centros de menores. Dentro del hospital, los médicos de otras especialidades son los que derivan pacientes a los profesionales del IPSMarañón, así que hemos desarrollado también sistemas para evaluar su satisfacción.</p> <p>Los médicos de atención primaria son partners estratégicos. Se ha creado una Comisión de Atención Primaria y Psiquiatría en la que se tratan de manera periódica aspectos estratégicos, incluyendo la percepción que tienen los médicos de primaria de nuestra área del Instituto.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>En el año 2003 desde el Instituto evaluamos por primera vez la percepción de los psiquiatras de los centros de salud mental que derivaban pacientes para ingreso en la Unidad de Hospitalización de Adolescentes, ya que es una unidad supra área en la que ingresan pacientes de otras áreas sanitarias. Posteriormente se incorporaron encuestas a los Hospitales de Día y los centros de menores en los que se encontraban los menores que ingresaban. Incorporamos posteriormente la evaluación mediante encuestas a los centros sociosanitarios. Estas evaluaciones se hacen con periodicidad bianual.</p> <p>La Comisión de Primaria y Psiquiatría del Instituto se reúne al menos 3 veces al año, impulsada a través del hospital, estando invitadas a la misma, representantes de cada uno de los centros de salud del área sanitaria del Instituto. Durante las reuniones de la Comisión de Primaria se exponen las dificultades de funcionamiento con el Instituto, se elaboran áreas de mejora y se hace seguimiento de la implantación y la utilidad de las mismas.</p> <p>Para evaluar la percepción de los médicos de otras especialidades del hospital, se han llevado a cabo 2 ciclos de focus group en el Hospital Materno Infantil con la colaboración del Servicio de Calidad. Esta metodología ha resultado muy fructífera y ha permitido desarrollar mejoras en la coordinación y en la asistencia que proporcionamos desde el Instituto. En 2023 se ha pasado por primera vez una encuesta de satisfacción a los médicos de otras especialidades de los distintos servicios de adultos.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los resultados de las encuestas bianuales se analizan y se evalúan por el grupo de resultados, proponiéndose acciones de mejora que luego se incorporan como, por ejemplo, mejorar la comunicación entre profesionales enviando los informes de alta, organizar jornadas de puertas abiertas para mejorar la coordinación ante los cambios de personal, desarrollar un procedimiento de ingreso directo que evite que los pacientes tengan que pasar por urgencias, mejorar la coordinación con Pediatría en la urgencia o potenciar la e-consulta.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Encuestas de percepción de proveedores/partners.</p> <p>Anexo 14. Actas de la Comisión de Primaria.</p> <p>Resultados de percepción de partners y proveedores</p> <p>Informes cualitativos sobre la satisfacción de los médicos de otras especialidades del Hospital.</p>	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Grupo de Resultados.

CREAR VALOR SOSTENIBLE



CRITERIO 4 – CREAR VALOR SOSTENIBLE

4.1. Diseñar el valor y cómo se crea.

ENFOQUE	
<p>4.1.1. Diseño de nuestra propuesta de valor</p> <p>La propuesta de valor del IPSMarañón se diseña a través de la metodología Canvas.</p> <p>Definimos nuestra propuesta de valor como el valor diferencial que nuestros servicios y soluciones ofrecen a nuestros grupos de interés clave.</p> <p>Nuestra propuesta de valor ha ido evolucionando en el tiempo, y se ha diseñado teniendo en cuenta múltiples fuentes, como pueden ser las diversas encuestas de opinión que realizamos, la revisión de resultados y proyectos por áreas, el análisis de indicadores, el resultado de las continuas relaciones con los grupos de interés clave, etc.; adicionalmente, en el último año hemos reflexionado sobre el diseño de nuestra propuesta de valor, utilizando la metodología Canvas.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La utilización de la metodología Canvas nos ha permitido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de interés clave • Identificar las expectativas de cada uno de ellos • Identificar la propuesta de valor que nos diferencia <p>Desde el equipo de dirección se ha promovido la revisión y reflexión de la propuesta de valor. En los siguientes apartados detallamos algunas de nuestras propuestas de valor que más impacto tienen para el cumplimiento de nuestro propósito.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La propuesta de valor se revisa durante cada ciclo estratégico y de forma anual al realizar el análisis del año y el avance hacia los nuevos objetivos que se plantean cumplir junto a la Dirección del Hospital.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Anexo 5. Propuesta de valor</p>	
RESPONSABLE	<p>Comisión de Dirección. Comisión de Asistencia y Calidad</p>

ENFOQUE	
<p>4.1.2. Nueva propuesta de valor: enfermera comunitaria de salud mental</p> <p>El objetivo de esta iniciativa es prestar cuidados integrales e individualizados a las personas con problemas de salud mental con dificultad para realizar seguimiento en la red de salud mental, bien por falta de adherencia o por circunstancias transitorias, promoviendo la vinculación terapéutica con el equipo del Centro de Salud Mental mediante la asistencia domiciliaria, con el objeto de potenciar al máximo sus capacidades de autocuidado para alcanzar el mayor nivel posible de bienestar e independencia, promoviendo la recuperación y autonomía, y hacerlo de forma coordinada con otros niveles asistenciales</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Los pacientes con dificultad para realizar un seguimiento en el CSM son captados por diferentes vías. La enfermera realiza un primer contacto telefónico con el paciente, o con el familiar, para concertar una primera visita. A menudo el paciente no acepta la visita, y la enfermera comienza el primer contacto con la familia. En las primeras visitas la enfermera establece el vínculo terapéutico con el paciente, a partir de ahí puede centrarse en la valoración de necesidades y elabora un plan de acción individual que permita al paciente mejorar en su salud, conocer su enfermedad y la adhesión al tratamiento, con el objetivo final de conseguir la vinculación con el equipo de salud mental del CSM.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Se hace revisión anual del número de citas registradas en la agenda de enfermería, el número de pacientes incluidos en el programa, así como el número de pacientes en los que se ha logrado la vinculación con el CSM.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Registro anual de actividad.</p>	
RESPONSABLE	<p>Jefa de Enfermería del IPSMarañón.</p>

ENFOQUE	
4.1.3. Nueva propuesta de valor: unidad de hospitalización de puertas abiertas	
<p>El proyecto de hospitalización de puertas abiertas es parte de un área integral de hospitalización psiquiátrica de adultos que tiene como objetivo graduar la intensidad de supervisión de los pacientes en función de su situación clínica para que esta tenga lugar en las condiciones menos restrictivas posibles. En este sentido, incluye una unidad de hospitalización de observación, en la que ingresan los pacientes que precisan máxima supervisión, y una unidad de hospitalización abierta, además del hospital de día.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>La unidad de hospitalización abierta es una unidad de ingreso, con un funcionamiento similar a las plantas de ingreso de otras especialidades médicas, destinada a los pacientes que ingresan de manera voluntaria que no requieran un nivel de supervisión elevado. Los pacientes que ingresan en esta unidad no tienen restricciones para salir de la misma, pactando un régimen individual de salidas con el médico responsable de su asistencia que permita cumplir con los objetivos del ingreso que queda registrado y que el paciente se compromete a cumplir. Los pacientes pueden ingresar directamente en la unidad abierta o pasar a ésta desde la unidad de observación cuando su situación clínica lo permite. Se ha iniciado recogida de indicadores clínicos de las unidades de hospitalización, tanto de actividad como de seguridad, por separado para la unidad abierta y la de observación. Se ha elaborado un mapa de riesgos previo a la puesta en marcha de la unidad abierta. En el tiempo que lleva en funcionamiento la unidad abierta ha sido excepcional la necesidad de utilización de medidas de restricción.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El personal de la unidad abierta tiene reuniones a diario y reuniones de coordinación semanales con los proveedores de pacientes (Centros de Salud Mental de Retiro y Moratalaz). Cada día se hace un recuento a primera hora de los pacientes que pueden ser derivados de una unidad a otra, fundamentalmente los que irían a la zona abierta. Enfermería monitoriza los incidentes más característicos de este tipo de unidades: fugas, agresiones a personal, agresiones a pacientes, y sujeciones mecánicas. Como consecuencia de lo anterior, cada vez que se produce un incidente de seguridad se notifica y se evalúa, definiéndose e implementándose áreas de mejora.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Documentos de puesta en marcha de la unidad abierta.</p> <p>Indicadores de funcionamiento.</p> <p>Mapa de riesgos.</p>	
RESPONSABLE	Jefe de Servicio de Psiquiatría de Adultos

ENFOQUE
<p>4.1.4. Nueva propuesta de valor: PRISMA – Hospital de día, tratamiento intensivo ambulatorio</p> <p>PRISMA (Programas Intensivos de Salud Mental Adolescente) es un dispositivo hospitalario que integra varios programas asistenciales intensivos para el tratamiento de adolescentes con trastorno mental grave y sus familias. PRISMA surge como una alternativa asistencial para menores que no precisan o no se benefician de tratamiento en régimen de hospitalización, pero cuya gravedad hace necesario tratamiento intensivo a nivel ambulatorio. Este dispositivo incluye un programa para adolescentes con primeros episodios de psicosis (PIENSA), uno para menores con riesgo suicida</p>

(ATraPA) y un programa de transición para menores que precisan tratamiento en hospital de día convencional u otros recursos a los que no pueden acceder por la lista de espera.

DESPLIEGUE

Tras una primera evaluación por parte de Psiquiatría, en la que se decide si PRISMA es el recurso adecuado, el paciente es evaluado por enfermería y terapia ocupacional, presentando después el caso al resto del equipo para diseñar un itinerario terapéutico personalizado en función de los objetivos, clínicos, de autocuidado, educativos, ocupacionales, académicos y sociales. El equipo multidisciplinar se reúne diariamente al principio y final de la mañana con el objetivo de ir supervisando la evolución de cada paciente y asegurando una buena comprensión y seguimiento del mismo. Con este mismo objetivo, y puesto que se trata de casos muy complejos, el equipo dispone de un espacio de supervisión quincenal con la presencia de un supervisor externo. Todos los pacientes reciben terapia individual y seguimiento farmacológico si precisan. Además, participan en diversos espacios terapéuticos grupales. Las familias también disponen de grupos para padres y entrevistas individuales con los distintos profesionales del equipo.

En función del Programa al que se le asigne, el paciente realiza, entre otras, las siguientes actividades:

- Programa PIENSA: Grupos psicoeducativos (padres y chicos), Entrenamiento metacognitivo, Entrenamiento en habilidades sociales.
- Programa Atrapa: Grupos de entrenamiento en habilidades de regulación emocional (padres y chicos), Grupo de alternativa a la autolesión, Grupo de mindfulness, Arteterapia o Terapias expresivas
- Programa de Transición: Grupo de Fortalezas

Los grupos de Educación para la salud, Proyectos ocupacionales, Relajación, Preparación del fin de semana y el Grupo de padres son actividades transversales que se añaden a las específicas de cada programa.

Si es necesario, todas las actividades grupales pueden realizarse en formato individual hasta que el paciente o la familia puedan incorporarse al formato grupal.

Todo el personal de PRISMA en la realización de los grupos en función de su área de conocimiento.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

El seguimiento de la actividad de PRISMA se lleva a cabo de manera trimestral. Se pasan encuestas de satisfacción a familiares que se analizan de manera semestral. Se han llevado a cabo modificaciones del funcionamiento tras la evaluación de los indicadores asistenciales. El ejemplo más reciente en este sentido es la acotación de las áreas de derivación a los distintos programas de PRISMA, quedando el programa PIENSA abierto a toda la Comunidad de Madrid (al ser el único de estas características) y los programas de Transición y Atrapa sólo para los pacientes de nuestra área sanitaria. La entrada rápida al dispositivo es uno de sus objetivos prioritarios y de sus señas de identidad, por eso, cuando tras la pandemia COVID los tiempos de entrada se alargaron tanto que esta inmediatez no era posible, se adecuaron los criterios de derivación. Asimismo, se ha ampliado la plantilla de psiquiatría y enfermería tras analizar los indicadores de carga asistencial, a fin de realizar las evaluaciones de forma más ágil y potenciar la atención a las familias.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Desde que el recurso se puso en marcha, se han recogido indicadores de actividad que nos ayuden a monitorizar nuestro trabajo y realizar las adaptaciones necesarias. Estos indicadores son el tiempo de espera desde la derivación a la evaluación, el tiempo de espera desde la evaluación hasta la entrada al recurso, el tiempo de estancia media y el tipo de alta. Asimismo, se recogen encuestas de satisfacción de los padres con el recurso y de los pacientes con el Aula Hospitalaria.

RESPONSABLE	Coordinadora PRISMA. Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.
--------------------	--

ENFOQUE	
4.1.5. Nueva propuesta de valor: Hospitalización a domicilio en salud mental	
<p>En línea con la apuesta estratégica del Instituto, en concordancia con la del hospital, de promover la humanización y acercar el hospital a los pacientes, se diseña el programa de hospitalización a domicilio para pacientes adultos que precisan hospitalización en psiquiatría pero que pueden permanecer en su domicilio al ser posible la supervisión por parte de familiares y al no precisar ingreso en la unidad de observación. La utilización del domicilio del paciente como marco terapéutico con el fin de promover la Humanización de atención en Salud Mental y la lucha contra el estigma y la discriminación viene reflejado tanto en el Plan estratégico en Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2018-2020) como en el plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2016-2019). La hospitalización a domicilio es una oportunidad inmejorable para llevar a cabo este objetivo.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Cada equipo de hospitalización a domicilio (niños/adolescentes y adultos) tiene capacidad para tratar hasta 8 pacientes. Los equipos se desplazan a los domicilios de los pacientes, estableciéndose una frecuencia de visitas semanal en función de los objetivos de tratamiento, que puede modificarse en función de la evolución. Las derivaciones pueden realizarse desde los centros de salud mental, las unidades de hospitalización o la urgencia de psiquiatría. Cada equipo de hospitalización domiciliaria se coordina semanalmente con el de hospitalización de adultos y de adolescentes respectivamente. El programa se establece en torno a 2 equipos fijos de un psiquiatra y una enfermera que se encuentran operativos de 8 a 15h de lunes a viernes. Para contactar con cada equipo se dispone de un número de teléfono al que el paciente o los familiares pueden dirigirse dentro del horario asistencial. En caso de necesidad de asistencia urgente disponen del teléfono de las unidades de hospitalización breve del hospital para contactar con el psiquiatra de guardia, que tendrá acceso a su historia clínica y solucionará vía telefónica la demanda, o bien se encargará de tramitar, en caso necesario, el traslado directo del paciente a la unidad de hospitalización breve desde el domicilio.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Se lleva a cabo evaluación de la actividad asistencial. Se pasan encuestas de satisfacción a los pacientes, que pueden completarse con un QR de manera anónima o enviarse en sobre prefranqueado por correo postal.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Proceso hospitalización a domicilio que comenzó en 2022 (adultos) y 2023 (niños / adolescentes)</p> <p>Indicadores actividad. 38 derivaciones; 33 pacientes vistos. 5 rechazados por falta de disponibilidad con una estancia media de 41 días</p>	
RESPONSABLE	Jefe de Servicio de Psiquiatría de Adultos

ENFOQUE	
<p>4.1.6. Nueva propuesta de valor: Programa de Salud Mental en las Escuelas</p> <p>Se diseña y desarrolla un programa piloto para mejorar la asistencia de los menores con problemas de salud mental o en riesgo de tenerlos del área sanitaria del HGUGM que facilita la detección de los problemas de salud mental mediante la formación del profesorado, la evaluación psiquiátrica y psicológica en las escuelas y la coordinación con el resto de dispositivos de tratamiento del Instituto. Este programa piloto es una iniciativa de colaboración público-privada sometida a evaluación para valorar su impacto y su utilidad.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El Programa de Salud Mental en las Escuelas se pone en marcha durante el curso 2022-2023 en 10 colegios de educación primaria y 3 institutos de educación secundaria públicos del área del HGUGM. El equipo clínico consta de 2 psiquiatras a tiempo parcial y una psicóloga, habiéndose incorporado una enfermera en 2023. El programa consta de 5 subprogramas: 1) “vuelta a la escuela”, para menores que han precisado tratamiento en hospitalización o centro de día en su reincorporación al medio educativo; 2) “atiende alumnos”, que completa la intervención dentro del centros educativos de niños y adolescentes que ya están siendo atendidos en Salud Mental; 3) “Identifica”, para asesoramiento y formación de los profesionales educativos para identificar posibles casos que precisan de intervención; 4) “Evaluación-derivación”, que permite una primera valoración para organizar la atención en los recursos de salud mental; y 5) “Prevención y promoción” de la salud mental infanto-juvenil en los centros educativos. En el curso 2023-2024 se amplía a todos los centros de Educación Especial de la Comunidad de Madrid.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Al tratarse de un programa piloto, se llevará a cabo revisión del mismo un año después de iniciarse. Se monitorizarán durante este tiempo indicadores de accesibilidad (tiempo de respuesta, procedencia, dispositivo que deriva, derivaciones aceptadas), indicadores de efectividad mediante una encuesta heteroaplicada de necesidades/satisfacción administrada a los profesores/orientadores de los centros educativos seleccionados y a los facultativos de los CSM o dispositivos de salud mental infanto-juvenil del área seleccionada. Tras la evaluación se hará una reflexión estratégica sobre las fortalezas y las áreas de mejora del programa.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Proyecto del programa	
RESPONSABLE	Jefe de Servicio de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

4.2. Comunicar y vender la propuesta de valor.

ENFOQUE	
<p>4.2.1. Comunicación de la propuesta de valor</p> <p>La propuesta de valor se comunica a través de los planes de comunicación que se desarrollan en el IPSMarañón tanto interna como externamente. El IPSMarañón se coordina con el área de comunicación del Hospital para comunicar la propuesta de valor en base a distintos enfoques establecidos de forma sistemática.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue de la comunicación de la propuesta de valor se realiza en base a:</p> <p>Comunicación externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones con los medios de comunicación y gestión de las solicitudes informativas de los profesionales • Elaboración de notas de prensa y convocatoria de conferencias de prensa para informar a la opinión pública • Coordinación, edición y publicación de la página web • Coordinación y preparación de visitas institucionales • Elaboración de vídeos de los distintos programas del Instituto <p>Comunicación interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intranet del hospital. • Boletín Marañón informa • Edición de contenidos y de publicaciones del hospital • Boletín IPSMarañón informa • Gestión y coordinación de eventos, actividades y jornadas científicas y divulgativas • Comunicación de Dirección del IPSMarañón: intervenciones públicas, presentaciones institucionales, etc. • Listservers 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La evaluación de la comunicación se realiza sistemáticamente de forma continuada por la Comisión de Dirección. Se analizan indicadores tales como impactos en medios de comunicación y apariciones en redes sociales.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de indicadores • Intranet • Web del IPSMarañón 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
4.2.2. 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 pacientes. • Continuidad de la formación académica y educación general de los adolescentes ingresados. • Evaluación de las necesidades y situación social del paciente. • Tratamiento médico integral de las distintas patologías mentales. • Información y apoyo a familiares y tutores del paciente. • Tratamiento psiquiátrico ambulatorio. • Coordinación con instituciones sociales y sanitarias extrahospitalarias. • Investigación. • Docencia. 	
DESPLIEGUE	
<p>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 • El trabajo según los principios de la mejora continua de calidad. • También establece que la docencia y la investigación son actividades básicas del Instituto. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La evaluación del cumplimiento de la carta de servicios se realiza mediante indicadores y se elabora un informe anual que se envía a la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y que está disponible en el portal de transparencia de la CM. Otros datos para su evaluación son: indicadores de actividad hospitalaria, auditorías de las historias clínicas, calidad percibida, formación continuada y producción científica del Instituto.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Cartas de servicios	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia. Coordinadores de programas.

4.3. Elaborar y entregar la propuesta de valor.

ENFOQUE
<p>4.3.1. Excelencia Asistencial y propuesta de valor – Joint Commission Internacional.</p> <p>El Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ha participado en el proceso de acreditación y evaluación para la consecución de la certificación Joint Commission Internacional, junto con el resto de servicios del Hospital Materno Infantil. Hemos participado en los grupos de trabajo propuestos desde el hospital, adaptado los procesos de trabajo e implementado los cambios necesarios en las actuaciones clínicas y en las medidas de seguridad tras las distintas auditorías preparatorias previas a la visita de evaluación. El trabajo derivado de la certificación Joint Commission Internacional continúa para mantener y mejorar los estándares de calidad del Instituto.</p>
DESPLIEGUE
<p>Desde 2019 se ha participado en distintos grupos de trabajo del hospital enfocados en los aspectos más relevantes incluidos dentro de los estándares de la Joint Commission Internacional. Además, se han trabajado distintas acciones dirigidas específicamente a los siguientes objetivos:</p> <p>-ISP: Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación inequívoca: activa • Comunicación efectiva: Comunicación verbal/ Transferencia de información (SAVOR) • Check-list de Procedimientos invasivos • Higiene de manos • Caídas <p>-PFR: Derechos de Pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCII: transfusiones/ensayos clínicos/ invasivos • Protocolo rechazo o suspensión de tratamiento <p>-AOP: Evaluación inicial Dolor/Riesgo social/caídas/necesidades educativas/Valores y creencias/estado de animo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médica y de enfermería adecuada por tipología de paciente (< 24h). • Evaluación dolor: intensidad, tipo, localización • Reevaluaciones (riesgos, dolor...) • Seguimiento diario de pacientes (anotación medica): fines de semana y festivos <p>-COP: Planificación del alta e implantación de protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cribado nutricional • Informes de alta y evolución en ingresados y ambulatorios: Protocolizar consulta ambulatoria. Periodicidad mínima de informes al diagnóstico, cuando hay cambios y anualmente • Gestión medicación que trae el paciente: Identificación-prescripción-custodia • Conciliación: al ingreso y al alta • <p>-Medicación: Medicación de alto riesgo, medicamentos peligrosos, etc.</p> <p>-ACC: Derivación, transferencia o alta de pacientes, tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios, incluye la planificación de las necesidades de transporte del paciente y se documenta en la historia clínica</p> <p>-PFE: Educación pacientes/padres:</p>

- Detección reglada de necesidades y barreras
- Incorporación a Plan de cuidados
- Registro educación grupal

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Se han llevado a cabo evaluaciones previas a la visita de evaluadores para detectar dificultades en el cumplimiento de los estándares y mejorar la difusión de las acciones puestas en marcha para mejorar su cumplimentación.

Se llevan a cabo evaluaciones periódicas de los distintos indicadores, continuando con sesiones formativas periódicas por parte de los responsables de los dispositivos y de los referentes de seguridad del Instituto.

Actualmente participamos en el grupo de trabajo del Hospital para la implementación de las áreas de mejora detectadas en la auditoría de la acreditación Joint Commission para la próxima acreditación dentro de 2 años.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Resultados evaluación JCI 2022

RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad. Grupo de referentes de seguridad.
--------------------	---

ENFOQUE

4.3.2. Propuesta de valor en investigación

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón es un centro de referencia internacional en investigación clínica y traslacional en distintas líneas relacionadas con la salud mental. El grupo de investigación del Instituto es un equipo multidisciplinar que, en los últimos 20 años, se ha convertido en un referente internacional en el campo de la psicosis precoz, los trastornos del espectro del autismo y la psiquiatría preventiva. El grupo coordina las cohortes CAFEPS y EOP de niños y adolescentes con primeros episodios de psicosis de inicio precoz, que son únicas en el mundo, y que ahora alcanzan sus 20 años de seguimiento, y la cohorte AGES-CM. La amplia actividad científica del grupo se refleja en las más de 700 publicaciones y 80 proyectos relacionados financiados en convocatorias competitivas nacionales e internacionales, y en la continua financiación para investigadores predoctorales, postdoctorales y clínicos obtenida de instituciones públicas y privadas en convocatorias competitivas. Muchos de los resultados de la actividad investigadora del grupo se han traducido en el desarrollo de guías clínicas y en innovación terapéutica, incluyendo la implementación de ensayos clínicos independientes que prueban novedosas intervenciones farmacológicas y psicosociales en adolescentes en fases tempranas de psicosis.

DESPLIEGUE

El Instituto cuenta con 59 personas que desarrollan tareas de investigación contratadas con fondos obtenidos a través de convocatorias competitivas de proyectos de investigación y de recursos humanos y convenios con otras entidades que incluyen psiquiatras, psicólogos, biólogos, técnicos de laboratorio, enfermeras, especialistas en genética, en imagen cerebral. Además, más de 80 profesionales del instituto compaginan sus labores clínicas con la participación en proyectos de investigación, incluida la coordinación y liderazgo de proyectos de investigación competitivos nacionales e internacionales (más de 10 investigadores liderando distintas líneas de investigación en el Instituto, más de 40 proyectos de investigación activos de manera continuada).

El Instituto cuenta con una amplia experiencia en la coordinación científica de proyectos longitudinales multicéntricos en jóvenes, incluyendo las redes existentes a nivel nacional, y tiene los recursos que requiere la investigación de máxima calidad en salud mental (humanos, infraestructura, equipamiento y habilidades técnicas incluyendo experiencia en psiquiatría, genética, GxE, bioinformática, ciencia de datos y lingüística computacional). Además, el Instituto asegura la traducción de sus resultados en publicaciones relevantes e innovación terapéutica de forma eficiente.

El grupo tiene una amplia experiencia en consorcios traslacionales internacionales a gran escala sobre psicosis, autismo y poblaciones de alto riesgo, así como en la coordinación científica y la evaluación multimodal de cohortes longitudinales de jóvenes. El Instituto coordina la red de investigación en psicosis temprana de Madrid y es el único centro español que participa en la mayor cohorte internacional de jóvenes con alto riesgo de psicosis, financiada por el Instituto Nacional de Salud de EEUU (NIH). El Instituto participa o ha participado en diez proyectos financiados por el Séptimo Programa Marco de la UE, cuatro proyectos financiados por el Programa Marco Horizonte 2020 de la UE, tres proyectos financiados por el Programa Marco Horizonte Europa de la UE y cuatro proyectos financiados por el NIH. Además, pertenece al Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM: www.iisgm.com) dentro del HGUGM, y es uno de los 22 centros de excelencia pertenecientes a la Red Española de Investigación Biomédica en Salud Mental (CIBERSAM: <https://www.cibersam.es/en>). La participación en ambas instituciones de investigación facilita la colaboración transdisciplinar y traslacional con otras especialidades y grupos de investigación, en un contexto de excelencia académica y científica. Desde el Instituto se ha coordinado el CIBERSAM, se participa en redes de investigación de excelencia nacionales e internacionales (AIMS, ECNP, AGES, entre otros ejemplos), se coordina el programa de Infantil del CIBER, o se lidera la coordinación científica de AEPNyA.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Los proyectos de investigación están sujetos a revisión en los plazos establecidos por las agencias financiadoras, habitualmente cada 12 o 18 meses. El desempeño de los profesionales de investigación se

evalúa de manera anual por parte del Director del Instituto y la Coordinadora de investigación en base a los objetivos acordados previamente. Como centro adscrito al IISGM y al CIBERSAM, se lleva a cabo evaluación completa de los aspectos relacionados con investigación (productividad científica, proyectos competitivos, ensayos clínicos...) de manera anual. Entre los objetivos pactados con la dirección del hospital figuran también compromisos de investigación (ligados a productividad y a participación de personal del instituto en investigación).

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Memoria de actividades
Evaluación anual CIBERSAM
Memorias de IISGM

RESPONSABLE	Director del Instituto. Coordinadora de Investigación. Investigadores principales de proyectos
--------------------	--

ENFOQUE	
<p>4.3.3. Propuesta de valor en docencia</p> <p>El IPSMarañón, como parte del HGUGM, está asociado a la Universidad Complutense de Madrid (UCM). En el Instituto se forman estudiantes de quinto y sexto curso de medicina, de psicología, de terapia ocupacional, de trabajo social, de enfermería. Existen también acuerdos de formación con universidades privadas. En el Instituto hay 22 profesores asociados, 1 profesor titular, 2 acreditadas a titular y 1 catedrático. El proceso se gestiona desde la Universidad y el Hospital. En el Instituto se forman además residentes de psiquiatría, de psicología y de enfermería. La Unidad Docente Multiprofesional gestiona la formación de residentes tanto del HGUGM como del Hospital del Sureste en virtud de la alianza estratégica en vigor. Junto con los residentes que realizan su formación en el Instituto, se aceptan cada año más de 30 solicitudes de rotaciones de residentes de otros hospitales. Los residentes disponen de 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>	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue de los planes de docencia se realiza de manera estructurada y reglada. Los últimos años se ha progresado mucho en incorporar innovaciones, fórmulas de gestión avanzadas y nuevas propuestas de valor en los procesos de docencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los alumnos a su paso por las rotaciones, evaluando de qué manera ha aprendido la práctica clínica. • Transformación y evolución hacia la formación de los alumnos de forma online y virtual. • Protocolización de cómo adaptar la realización de las prácticas durante la pandemia para garantizar la continuidad de la docencia. • Progreso en el proceso de incorporación de residentes, optimizando circuitos y digitalizando en gran medida todo el proceso para comodidad de los residentes. • Evaluación de la satisfacción de los residentes a través de encuestas de percepción. • Organización de jornadas de puertas abiertas que se han mantenido durante la pandemia de manera no presencial, donde se promocionan los servicios y se publicitan los programas docentes. • Actualización de todos los programas docentes a la práctica actual y de futuro. 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los planes de docencia se establecen de forma anual, y se revisan a través de la Comisión de docencia. Se analizan los indicadores de los principales resultados y el cumplimiento de objetivos y se establecen planes de mejora anuales que permiten progresar en la propuesta de valor del ámbito de la docencia. Se evalúa la satisfacción de los alumnos mediante el programa Docente de la UCM y la satisfacción de los residentes de manera centralizada desde la Comisión de Docencia del HGUGM (residentes del HGUGM) y mediante encuestas desarrolladas desde el Instituto a los residentes externos que hacen rotaciones con nosotros.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de docencia • Plan de gestión de calidad docente • Resultados de docencia 	
RESPONSABLE	Unidad Docente Multiprofesional

ENFOQUE

4.3.4. Propuesta de valor en Continuidad Asistencial

La continuidad asistencial, que implica la coordinación entre nuestro Instituto y los diferentes dispositivos sanitarios y sociosanitarios y con Atención Primaria es un objetivo esencial para el Instituto.

Se realizan reuniones periódicas con los Equipos de Atención Primaria (EAP) de área en el marco de la Comisión de Primaria del Instituto, además de las coordinaciones necesarias de los EAP con los equipos de Moratalaz-Vicálvaro y de Retiro. Se realizan además coordinaciones periódicas, y siempre que son necesarias en función de los casos atendidos, con los distintos recursos sociosanitarios (Hospitales de Día, Centros de Menores, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, minirresidencias, centros de media estancia, centros de larga estancia...).

Con el fin de potenciar la transición a la vida adulta de los pacientes, se dispone de un programa de transición entre los servicios del Servicio de psiquiatría infanto-juvenil, psiquiatría y psicología de adultos en los CSMs de Moratalaz y Retiro.

DESPLIEGUE

Para mejorar la continuidad asistencial se ha desarrollado la asistencia por e-consulta, abierta a los CSM y en la que los profesionales de atención primaria tienen respuesta de los facultativos del Instituto de manera rápida y eficiente y se ha incrementado el porcentaje de informes disponibles en HORUS entre otros. Previamente a la creación de la Comisión de Primaria, 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, cuyo objeto era informar acerca de los procesos asistenciales y los procesos de derivación, facilitando que nuestra potencial población infantil y juvenil y sus familias percibieran 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.

También se ha desarrollado un protocolo de continuidad asistencial de hospitalización de adultos en seguimiento en AMITEA.

El grupo de relaciones externas del Instituto ha continuado organizando actividades de coordinación, habiéndose realizado en 2022 unas jornadas de "Retos de Coordinación del HGUGM en entorno COVID-19" en las que ha participado educación, servicios sociales, EAP y discapacidad además de profesionales del IPSMarañón. Además, en el año 2023, han tenido lugar encuentros con Educación y Primaria desde el grupo de Relaciones externas.

Desde el grupo de satisfacción del IPSM se han llevado a cabo visitas trimestrales a recursos de interés para todos los profesionales, a propuesta de profesionales, anunciadas a través de listserver del IPSM para favorecer la difusión y la asistencia.

Desde el hospital se llevan a cabo encuestas a los profesionales de primaria para evaluar sus necesidades. Profesionales del Instituto participan en diferentes Comisiones de valoración de casos para dispositivos sanitarios (ej. Unidad de media estancia de adolescentes). Se han diseñado encuestas de satisfacción para los profesionales de los CSM externos al Instituto que derivan pacientes para ingreso en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes, de los Hospitales de Día, de los Centros de Menores y de los distintos dispositivos psicosociales. Estas encuestas se pasan cada 2 años. Desde el hospital se pasa una encuesta de satisfacción a los profesionales de atención primaria.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

La estrategia de continuidad asistencial se revisa durante cada ciclo estratégico. Las encuestas de satisfacción se pasan cada 2 años, se evalúan los resultados y se implementan áreas de mejora. Además, en las reuniones de la Comisión de Primaria del instituto, en las del grupo de relaciones externas del Instituto y en las de resultados se evalúan las necesidades de los distintos dispositivos implicados en la misma.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Actas de Comisión de Primaria del IPSMarañón del Grupo de relaciones externas y del Grupo de resultados del IPSMarañón
- Resultados de encuestas de satisfacción

RESPONSABLE	Comisión de Primaria del IPSMarañón, Grupo de relaciones externas y de resultados del IPSMarañón
--------------------	--

4.4. Diseñar e implantar la experiencia global.

ENFOQUE
<p>4.4.1. Experiencia del cliente</p> <p>Consideramos nuestros clientes directos tanto a los pacientes como a los familiares o tutores. Para conocer la experiencia de nuestros clientes e identificar oportunidades de mejora, desarrollamos los siguientes enfoques:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recoger la voz del cliente• Mejorar las relaciones con los clientes• Grupos focales de pacientes• Comisión de Usuarios
DESPLIEGUE
<p>Recoger la voz del cliente. Se utilizan métodos cuantitativos y cualitativos para la percepción y la experiencia de sus clientes. Se llevan a cabo encuestas de satisfacción de pacientes y familiares en distintos programas (que se analizan de forma semestral), utilizando también el sistema NPS implementado recientemente por el Hospital. Estos canales se complementan con comunicación continua con pacientes, familiares y otros G.I. durante el proceso de atención (asamblea de pacientes, 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, o desarrollar una App para seguimiento de síntomas de psicosis por parte de los pacientes adolescentes.</p> <p>Comisión de Usuarios. Se constituyó en 2019, se reúne de manera cuatrimestral y agrupa a representantes de pacientes, familiares y vecinos. Esta comisión asesora sobre aspectos asistenciales y de gestión, participa en grupos de trabajo del Instituto sobre mejoras asistenciales y permite priorizar aspectos relevantes para pacientes y familias en la agenda de mejora del Instituto.</p> <p>Otras experiencias, son, por ejemplo, la realización de 2 talleres en 2022 con el Servicio de Mediación de Salud Pública con Población Gitana; en el primer taller dimos a conocer a los mediadores la red de atención en Salud Mental, y en el segundo taller las mediadoras dieron a conocer al personal del Instituto la cultura de la comunidad gitana, compartiendo expectativas y dificultades en la atención relacionada con salud mental. Representantes de este servicio fueron invitadas y forman ahora parte de la Comisión de Usuarios del Instituto.</p>
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS
<p>La evaluación es continua a través de los distintos métodos de evaluación (análisis de percepción, conclusiones de los distintos foros y grupos focales, etc.). Gracias a los distintos métodos utilizados disponemos de:</p> <ul style="list-style-type: none">- información directa con comentarios y opiniones directas de nuestros pacientes- información centralizada que permite realizar mejoras globales- información por áreas que permite feedback inmediato, dotando de autonomía a los responsables en cada área.

- la implicación del personal en mejorar la experiencia de los pacientes

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Propuesta de valor
- Resultados percepción pacientes
- Acta de reunión con Servicio de medicación de salud pública con población gitana y valoración de las medidoras sobre el encuentro.

RESPONSABLE Comisión de Asistencia y Calidad, grupo de resultados

ENFOQUE

4.4.2. Plan de humanización

El plan de humanización en el IPSMarañón se encuadra dentro del Plan de Humanización del Hospital. La humanización de la asistencia es una de las claves para evaluar y comprender la experiencia de los pacientes. Se trabaja en planes de humanización desde el año 2010 con la creación de la Comisión de Humanización. La línea 7 del plan de humanización, en línea con el Plan de Humanización del SERMAS, se refiere a la Humanización en la atención de la salud mental.

DESPLIEGUE

Las acciones desarrolladas para humanizar la asistencia son continuas y se dirigen tanto a mejorar el entorno de la asistencia como las condiciones de la misma. La coordinación con asociaciones, ONGs o fundaciones es clave para impulsar los objetivos de humanización. 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 ha desarrollado el Programa VOLATEA, mediante un convenio con Autismo Madrid para promover el acompañamiento especializado de las personas con autismo durante la hospitalización, se han diseñado habitaciones individuales específicas para pacientes con discapacidad para que puedan permanecer acompañador durante todo el ingreso y se ha hecho una propuesta, aprobada por la Dirección del hospital, de habilitar áreas de esparcimiento para esos pacientes durante los ingresos en psiquiatría. Además, se desarrollan numerosas actividades de humanización durante los ingresos, entre las que se incluyen actividades desarrolladas por Música en vena, SanyClown, Juanki, Arteterapia, Actividades de ciencia de La Casa Encendida, Talleres ciber bulling por la Policía Nacional, visitas de personajes famosos, así como actividades desarrolladas por el propio personal de las unidades: simbolismo de la lectura, talleres de creatividad, de dibujo meditativo y Zentangle, de magia, amor por la montaña, entre otros. En el CSM de Moratalaz se ha desarrollado un taller de lectura en primera persona. Se están mejorando además los espacios de asistencia, las salas de espera y las unidades de hospitalización, y se ha creado una terraza con instalaciones deportivas en la UADO. Se ha desarrollado el programa de Enfermería de Psiquiatría de Urgencia, para mejorar la asistencia en esos momentos de especial vulnerabilidad. Profesionales del Instituto han participado activamente en el diseño del Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

Los planes de humanización se revisan al terminar el período de implantación marcado por la Consejería de Sanidad. El último plan de humanización ejecutado tuvo un grado de ejecución muy importante. La Comisión de Humanización evalúa los planes ejecutados y se identifican oportunidades de mejora en cada análisis que se incluye en los planes subsiguientes.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

- Plan de Humanización
- Informe cumplimiento objetivos Plan de Humanización

RESPONSABLE	Comisión de Humanización
--------------------	--------------------------

ENFOQUE	
<p>4.4.3. Evaluación de la Experiencia Paciente – NPS</p> <p>La experiencia de los pacientes se ha convertido para el Hospital en una prioridad. Por eso se ha ido evolucionando de un enfoque tradicional de medición de la percepción de los pacientes de forma retrospectiva a valorar la experiencia del paciente de forma proactiva y en el momento justo después de haber vivido la experiencia, lo que permite incorporar mejoras rápidas y ágiles en aspectos que demandan los usuarios, tales como el trato, la información, la accesibilidad, etc.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Desde el año 2021, se ha desarrollado el método NPS en el Hospital, y el IPSMarañón fue uno de los servicios seleccionados para su implantación. El proceso de despliegue fue el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se nombraron responsables por servicio/área - Se desarrollaron cuestionarios específicos por servicios/áreas - Se instalaron tótems para recoger la experiencia de los pacientes - Se generaron enlaces a encuestas por SMS, para recoger la experiencia tanto de pacientes ambulatorios como ingresados. <p>Actualmente disponemos de resultados sobre la percepción de los usuarios en distintas consultas y en 2023 hemos empezado a recibir feedback directo de manera periódica.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El proyecto se ha implantado de manera sistemática y se ha ido evaluando de manera periódica, adoptando las siguientes mejoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se mejoraron algunos cuestionarios para los servicios que lo requerían - se cambió la ubicación de algunos tótems al detectar que la respuesta era insuficiente debido a su localización. - se mejoraron los mensajes SMS que se enviaban. 	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Resultados NPS	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

ENFOQUE	
<p>4.4.4. Programa de Pacientes aliados</p> <p>En línea con el desarrollo de programas para mejora la experiencia de los usuarios, se desarrolla el Programa de Pacientes Aliados, que consiste en involucrar a los propios pacientes y sus familiares en la gestión de los servicios, escuchando sus opiniones y su experiencia propia, una vez que son usuarios del servicio correspondiente.</p> <p>Este enfoque es muy innovador y permite adaptar y modificar nuestros procesos y circuitos para conseguir que la experiencia de los usuarios mejore y se adapte a las expectativas que tienen.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El despliegue del programa de pacientes aliados del HGUGM es paulatino y se ha iniciado desde hace unos 3 años. Se va implantando en servicios clave y, en función del aprendizaje que obtenemos, se va desarrollando en nuevos servicios.</p> <p>El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental ha sido pionero en la inclusión de los usuarios en su gestión. Para ello, se ha diseñado e implantado la Comisión de usuarios del IPSMarañón, en la que participan distintas Asociaciones de Pacientes, incluyendo a los propios usuarios y a sus familiares. Esta comisión también incorpora la Asociación de Vecinos de la zona del hospital. El equipo directivo del Instituto invita a los usuarios a participar de manera periódica en este órgano de gestión. La Comisión de Usuarios es uno de los principales órganos consultivos a la hora de definir aspectos clave de la estrategia del Instituto (análisis DAFO, definición del ecosistema, definición del propósito y de la visión, definición de la propuesta de valor, entre otros). Los miembros de la Comisión de Usuarios actúan como coautores de documentos de información a pacientes y familiares (ej: documentos de información sobre fármacos) y forman parte de grupos de reflexión estratégicos. Se ha incorporado una encuesta de satisfacción sobre el alcance social del Instituto en la que se ha recogido la opinión de los usuarios a través de esta comisión. Esta Comisión también permite incorporar las demandas y expectativas de los pacientes y sus familias.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Este proyecto se está revisando por el equipo directivo para conocer su alcance e impacto y, progresivamente, ir extendiéndolo. Hasta el momento están teniendo muy buenos resultados, ya que se identifican acciones de mejora de manera mucho más ágil, práctica y eficiente, al contar con la opinión y percepción de los usuarios de manera directa y continua.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución y actas de trabajo de la Comisión de usuarios 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACIÓN



CRITERIO 5 – GESTIONAR EL FUNCIONAMIENTO Y LA TRANSFORMACIÓN

RESUMEN

Transformación

Como se ya se mencionó en el apartado de información clave, la constitución del Instituto ha provocado una **transformación asistencial** basada en la **innovación** y en **nuevos métodos clínicos y de gestión**, que repercute de forma clara en la calidad asistencial y la mejora de la accesibilidad de los servicios para la población.

La transformación se está llevando a cabo de manera sistemática siguiendo nuestro plan estratégico y adaptándolo en función de las nuevas necesidades y expectativas de nuestros principales grupos de interés.

Mejora continua y gestión de riesgos sistemática

El IPSMarañón ha construido un sistema integral de gestión de procesos que diseña, gestiona y mejora los procesos en varios niveles. El mapa de procesos se divide en procesos clave, procesos de apoyo clínicos, procesos de soporte y procesos estratégicos. Los procesos son evaluados por los propietarios de procesos, mediante análisis de indicadores, auditorías internas y externas, autoevaluaciones y benchmarking.

La eficacia del sistema de gestión se evalúa a través de los indicadores de los objetivos estratégicos, con la tasa de consecución de objetivos de las medidas de proceso, y a través de los propios indicadores de los distintos niveles.

Seguimos un enfoque sistemático para identificar y gestionar los riesgos. Este enfoque consta de varias fases e incluye la identificación de los principales riesgos, su valoración en términos de impacto, probabilidad y detectabilidad y los planes de acción o medidas a implantar para minimizarlos.

En el área asistencial, se ha potenciado y desarrollado la gestión de riesgos asistenciales, como consecuencia de la implantación de los estándares Joint Commission Internacional.

Innovación como un factor clave de éxito para nuestros pacientes y nuestra sociedad

La innovación en el IPSMarañón está íntimamente relacionada por una parte con la asistencia, por otra con la gestión, la docencia y, por último, con la investigación.

El IPSMarañón se basa en el Modelo de Innovación en la gestión basado en el concepto de **Área de Gestión Clínica** recogido en el **Plan de Salud Mental 2022-2024** de la Comunidad de Madrid que señala que:

1. Este modelo ha demostrado **utilidad**, preferente pero no exclusiva, en la coordinación y garantía de continuidad de cuidados de las personas con Trastorno Mental Grave.
2. Es un modelo de **gestión matricial** principalmente orientado a las necesidades de los pacientes con Trastorno Mental Grave que durante su larga evolución clínica pueden precisar de la intervención de distintos dispositivos de diferentes redes (Servicio Madrileño de Salud, Rehabilitación psico-Social Servicios Sociales, Adicciones), secuencial o paralelamente y que tienen que actuar coordinadamente para atender a la complejidad de su asistencia.

La innovación también es clave en la investigación que se desarrolla en el Instituto, siendo un factor diferencial que le ha permitido alcanzar una posición de liderazgo a nivel nacional e internacional en psiquiatría y en áreas específicas como la psicosis de inicio temprano o los trastornos del neurodesarrollo. La integración de la investigación y la asistencia, y la traslación rápida de los conocimientos adquiridos en investigación a la práctica clínica y a la docencia son también aspectos destacables e identitarios de la labor realizada en el Instituto.

Gestión de la información y el conocimiento como impulsores de la mejora continua y la transformación

Para respaldar nuestra transformación y consolidar nuestro funcionamiento, estamos implementando diversos proyectos para expandir la digitalización y utilizar las tecnologías de la información para mejorar la accesibilidad de la información y el conocimiento. Estos son principalmente los siguientes:

En el área de los sistemas de información y las TICs:

-
- Implantación y consolidación de la historia clínica electrónica completa en todas sus áreas
 - Teleasistencia
 - Desarrollo e implementación de herramientas para comunicación interna (TEAMS, listserver, boletín IPSMarañón, intranet)
 - Programa LINKlusive y App para adolescentes con psicosis, ambos derivados de nuestras investigaciones y de aplicación clínica
 - Programa AdCom, con sistema de cribado a través de una app incluida en la Tarjeta Sanitaria Virtual

En el área de gestión del conocimiento:

- Evaluación del desempeño basada en el modelo de gestión por competencias
- Mejora de la accesibilidad y optimización de los programas de docencia para la transferencia del conocimiento a las nuevas generaciones
- Mejora de la accesibilidad y optimización de los programas de formación continuada para diseminar aspectos clave impulsados desde el Instituto a los profesionales del mismo y a los de otros servicios del hospital
- Desarrollo de nuevos itinerarios formativos para los residentes, que se actualizan periódicamente y se publican en la página web de docencia de nuestro hospital. Se fomenta la participación en cursos de formación orientados a desarrollar nuevas capacidades docentes basadas en las mejores prácticas y la innovación tecnológica

Gestión de recursos y optimización

La gestión de recursos va en línea con la estrategia de transformación de manera que desarrollamos:

- Gestión optimizada de los recursos económicos, para la sostenibilidad del sistema
 - Gestión de los recursos personales, adecuando los profesionales a los puestos que desempeñan y facilitando la capacitación
 - Plan de renovación de infraestructura, en línea con el plan del Hospital
-

5.1. Gestionar el funcionamiento y el riesgo.

ENFOQUE	
<p>5.1.1. Sistema de gestión por procesos</p> <p>Desde su fundación, el IPSMarañón ha definido, documentado e implantado un sistema de gestión por procesos que está totalmente consolidado en la actualidad.</p> <p>Para hacer realidad la estrategia, el IPSMarañón ha diseñado un mapa de procesos que se fundamenta en la descripción de los procesos y documentación asociada, que se revisan periódicamente por los propietarios de los procesos. El Mapa de procesos se estructura en procesos estratégicos, procesos clave, procesos de apoyo clínico y procesos de soporte. La gestión por procesos está totalmente implantada y consolidada en el funcionamiento del sistema de gestión.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El Mapa de procesos 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. Recientemente 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. En 2021 se ha generalizado el uso de los sistemas TEAMS y One Drive institucionales, lo que ha permitido contar con una herramienta de coordinación y de organización de información ágil y en tiempo real cuyas posibilidades se encuentran en estos momentos en pleno desarrollo.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Anualmente el Sistema de gestión por procesos incluido en el Sistema de Gestión de Calidad es revisado para evaluar su desempeño. Los procesos se revisan en base al análisis de información cualitativa y cuantitativa (indicadores clave), en los diferentes niveles de gestión del Instituto.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 15_Mapas de procesos. • Fichas de procesos. Sistema de gestión. 	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

ENFOQUE	
5.1.2. Gestión de calidad y Seguridad del paciente	
<p>El IPSMarañón dispone de acciones y proyectos para mejorar la seguridad de los pacientes, dentro del Plan de seguridad del paciente del Hospital, donde se definen los objetivos y acciones en este ámbito.</p> <p>Este año el Hospital, y, como parte de él, el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, se ha sometido a la Acreditación Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente más prestigioso y exigente del mundo, la JCI, convirtiéndose en el primer Hospital de España de su tamaño y complejidad en conseguir la Acreditación.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Desde el hospital se promueven las iniciativas destinadas a la consecución de certificaciones de calidad y seguridad y la presentación a premios de calidad. Cada año, el hospital realiza una ampliación progresiva del alcance de la certificación ISO 9001, en la que se ha certificado previamente el programa de trastorno de conducta alimentaria del Instituto. La apuesta por la calidad ha sido constante en el IPSMarañón desarrollando iniciativas destinadas hacia la consecución de la acreditación EFQM desde 2003, cuando se llevó a cabo la primera autoevaluación. Desde el Instituto ha sido habitual la presentación a premios de calidad como una manera de promover la comparación y de validar los resultados de nuestras auditorías internas. La estrategia de certificación está conectada con otros enfoques en la organización, como la capacitación del personal en gestión de la calidad y la cultura de compartir conocimiento.</p> <p>El Instituto tiene un sistema de gestión de seguridad propio, con un grupo de seguridad multidisciplinar, integrado por referentes de seguridad, participación en comisiones de seguridad del hospital (Unidad Funcional de Gestión de Riesgos) y objetivos anuales de seguridad.</p> <p>Se ha promovido una encuesta de seguridad para todos los profesionales del Instituto, que ha servido para que los referentes de seguridad hayan llevado a cabo una revisión de las condiciones de seguridad en los distintos espacios. Como consecuencia, se han mejorado las condiciones de las plantas de hospitalización (cámaras, pomos puertas, habitaciones para discapacidad entre otras) y se ha diseñado un proyecto de mejora de instalaciones para CSM de Moratalaz teniendo en cuenta aspectos de seguridad.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>El Sistema de calidad y seguridad del paciente se revisa cada año con las distintas revisiones del sistema que exigen las certificaciones. Este año 2022 el hospital ha editado el Plan de Seguridad del Paciente 2022-2025 donde se establecen objetivos y acciones concretas y específicas para cada Servicio del Hospital, incluyendo el IPSMarañón, lo cual demuestra la revisión y mejora de los sistemas de seguridad y calidad en el Hospital y el compromiso con el fomento y la cultura de la seguridad del paciente.</p> <p>Una iniciativa desarrollada en el último año es la relativa a la creación de un grupo de trabajo con el Servicio de Farmacia para favorecer el seguimiento detallado (por profesional y fármaco) de prescripción de fármacos de riesgo y de recomendaciones de no hacer.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Plan de seguridad, objetivos anuales de seguridad, informes auditorías	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

ENFOQUE	
<p>5.1.3. Gestión proactiva de riesgos</p> <p>La gestión proactiva basada en riesgos se establece a dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégico: durante al análisis estratégico cada ciclo. <p>En cada revisión del ciclo estratégico, se establece un análisis de riesgos estratégico. El pensamiento basado en riesgos nos permite determinar los factores que podrían causar que nuestros objetivos se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha medidas preventivas y para maximizar el aprovechamiento de las oportunidades a medida que surjan. En el último plan estratégico se identificaron los distintos riesgos y amenazas estratégicas (DAFO), que se revisaron nuevamente en 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operativo: durante la revisión del sistema de gestión, de forma anual. <p>Anualmente se revisan e identifican los principales riesgos y oportunidades asociados a los procesos.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Los riesgos se identifican en mapas de riesgos basado en la metodología AMFE, estableciendo criterios de impacto, probabilidad y detectabilidad, estableciendo diferentes niveles de riesgo (desde muy bajo - puntuación inferior a 5- a muy alto -puntuación igual o superior a 75). Para cada uno de los riesgos identificados con mayor nivel de riesgo, se establecen planes de acción y se lleva seguimiento de su evolución de forma anual.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La revisión de los riesgos estratégicos se realiza en cada revisión del ciclo estratégico, teniendo en cuenta también las amenazas y oportunidades del DAFO estratégico.</p> <p>La revisión de los riesgos operativos se realiza de manera anual a través de las Comisiones clínicas y en coordinación con el equipo directivo y los distintos responsables de servicio y unidades.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anexo 16. Mapa de riesgos • Anexo 8. Matriz DAFO 	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

5.2. Transformar la organización para el futuro.

ENFOQUE	
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.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>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 colaborativa 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 los distintos dispositivos del Instituto • Transparencia y comunicación 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 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>La estrategia de transformación se revisa en profundidad en cada ciclo estratégico y anualmente se evalúa el avance de cada una de las líneas que se adoptan de manera consensuada en relación con los nuevos retos que aparecen y los nuevos cambios que se identifican.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico 	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

5.3. Impulsar la innovación y aprovechar la tecnología.

ENFOQUE

5.3.1. Innovación asistencial

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

- 1) desarrollar y estandarizar 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: *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*, *Protocolo de tratamiento psicofarmacológico en embarazo y lactancia*, *tratamiento psicofarmacológico en discapacidad intelectual y la de transición*. 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 experiencia de los pacientes ingresados.

DESPLIEGUE

El IPSMarañón ha desarrollado múltiples programas pioneros y de referencia nacional e internacional, tanto clínicos como de investigación. Resumimos los principales programas e iniciativas de innovación asistencial desarrollados:

- a) 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) ATRA PA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia): para menores con problemas de personalidad y riesgo suicida
- c) Programa AdCom: para adicciones comportamentales y/o tecnológicas
- d) UMERP (Unidad de menores en riesgo psíquico): para menores tutelados con problemas de salud mental
- e) PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente): para adolescentes con psicosis y sus familias
- f) Genética y salud mental: para atención a problemas de salud mental de personas con patologías genéticas (síndrome 22q11, Prader Willi, Phelan McDermid, etc.)
- g) Programa menor infractor: para menores con medidas judiciales
- h) ATIENDE y ATIENDE-niños: para víctimas de violencia
- i) PRISURE: atención a conducta suicida
- j) Psiquiatría perinatal
- k) 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
- l) PRISMA: Hospital de Día hospitalario destinado al tratamiento ambulatorio intensivo de adolescentes
- m) 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
- n) Salud mental en las escuelas: para facilitación del tratamiento de menores con problemas de salud mental desde la escuela
- o) Programa DOLMEN: para atención de pacientes con riesgo de adicción a opioides

p) Unidad de hospitalización abierta

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-2) y el Autism Diagnostic Inventory Revised (ADIR-R). Tres profesionales de nuestro Instituto tienen además la cualificación como formadoras en el ADOS-2 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 han desarrollado protocolos para solicitar pruebas genéticas (CGH- arrays, exoma clínico) para completar la evaluación de pacientes con trastornos del espectro autista y discapacidad intelectual.

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

En cada ciclo estratégico y con cada nuevo pacto de objetivos con la Dirección se revisan las oportunidades y las necesidades de creación de nuevas estrategias asistenciales.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Mapa de procesos

Protocolos

RESPONSABLE	Comisión de Dirección
--------------------	-----------------------

ENFOQUE	
<p>5.3.2. 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.</p> <p>Muchos de los servicios ofertados se benefician de la innovación y nuevas tecnologías.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Ejemplos de despliegue de nuevas tecnologías son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 comunicación entre profesionales e integra la información médica de los pacientes 3) Uso de la página web y twitter para informar a los profesionales, pacientes, familiares y sociedad 4) Desarrollo de programas innovadores que son referente internacional 5) Telemedicina, con equipos de teleconferencia para todos los profesionales clínicos del Instituto 6) Acceso a la historia clínica y el módulo de prescripción de fármacos en remoto mediante VPN, que facilita el teletrabajo y el desarrollo de programas como el de hospitalización a domicilio 7) 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...) 8) Desarrollo de e-consulta para resolución rápida de casos derivados desde Atención Primaria 9) Desarrollo de tratamientos biológicos no farmacológicos junto con Neurocirugía y Neurofisiología. 10) Desarrollo de sistema de citación directa y cribado digital para facilitar accesibilidad a la atención de personas con adicciones comportamentales 11) Programas en web para reducir acoso escolar en colegios (socioescuela, LINKlusive) 12) App seguimiento adolescentes con psicosis 	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Las oportunidades de innovación relacionadas con las nuevas tecnologías se discuten en la Comisión de Dirección y la Comisión de Asistencia y Calidad y se incorporan en el funcionamiento del Instituto. Mantenemos coordinaciones ad hoc con el Servicio de Informática para su implementación y seguimiento.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Programas implantados	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

ENFOQUE	
5.3.3. Innovación en investigación	
<p>Se trata de una actividad fundamental del Instituto, desarrollada con financiación externa (no dependiente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón) 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, los trastornos psicóticos de inicio temprano, el autismo o la patología dual.</p>	
DESPLIEGUE	
<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 (mayor cohorte mundial de primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia). 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 han presidido las organizaciones profesionales más prestigiosas, como el European Congress of Neuropsychopharmacology (ECNP), la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), la Sociedad Española del Niño y del Adolescente (AEPNyA) o la Asociación Mundial de Patología Dual (WADD). Se coordinan y se participa en más de 40 proyectos, 10 de ellos proyectos europeos y 3 del gobierno de EEUU (NIH), con una captación media de fondos competitivos superior al millón y medio de euros anuales.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Cada programa tiene una serie de objetivos con fechas pre-establecidas para reportarlos. Además, el avance de cada programa se evalúa mediante presentación de memorias de investigación en las fechas estipuladas para cada uno de ellos. En base a la evolución, se ajustan los objetivos y se toman decisiones estratégicas.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Seguimiento de proyectos de investigación. Actas de reuniones de investigación.	
RESPONSABLE	Director del Instituto, Coordinadora de investigación del Instituto

ENFOQUE

5.3.4. Innovación en la gestión

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 IPSMarañón. Existen distintos esquemas de actividad de grupos de trabajo, comisiones y esquemas de gestión para facilitar la innovación y la transformación.

DESPLIEGUE

Comisiones operativas del Instituto:

- Comisión de dirección
- Comisión de asistencia y calidad
- Comisión de psicología
- Comisión de formación
- Comisión de atención primaria y psiquiatría
- Comisión de usuarios

Grupos de evaluación o de mejora de la calidad y de los procesos del Instituto:

- Operativos de forma continua: Satisfacción, Seguridad, Resultados, Relaciones Externas.
- Grupos que surgen en relación con temas concretos: Grupo de elaboración del Plan Estratégico del Instituto, protocolo de sujeción, 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, STOP sujeciones, etc.

Grupos de trabajo multidisciplinares del Hospital en los que participan trabajadores del Instituto que se implican en la toma de decisiones tanto a nivel de gestión como clínico.

- Comisión de investigación
- Comisión de biblioteca
- Comisión de farmacia
- Comisión de docencia
- Tutores de residentes de psiquiatría, psicología y enfermería
- Comisión de protocolos
- Comisión de humanización
- 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
- Grupos 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

Grupos de trabajo de participación externa:

- 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

CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS

La participación en los grupos de trabajo del Instituto es voluntaria, promoviéndose los grupos multidisciplinares. La participación en las Comisiones depende de las tareas desempeñadas en el Instituto y se van modificando en función de los cambios de personal. La participación en los grupos de trabajo es solo durante la tarea desempeñada. La participación en las comisiones del hospital se lleva a cabo mediante convocatorias abiertas. Los grupos de trabajo y las comisiones del Instituto se reúnen de manera periódica. Además, de manera cuatrimestral se convocan reuniones de gestión para todo el

personal del IPSMarañón en las que comunicar los objetivos de gestión, el desarrollo de los mismos y las actividades desarrolladas por cada grupo de calidad.

CÓMO LO DEMOSTRAMOS

Actas de las reuniones de los grupos y comisiones de calidad del Instituto.

RESPONSABLE

Comisión de Dirección

5.4. Aprovechar los datos, la información y el conocimiento.

ENFOQUE	
5.4.1. Gestión de la información clínica	
<p>La gestión de la información clínica 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>	
DESPLIEGUE	
<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 propuesto 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>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<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 - Desarrollo de un sistema propio para organizar los documentos en la HC, facilitando así su documentación y consulta - Desarrollo de consentimientos informados específicos - Creación de plantillas en la historia clínica con la finalidad de estructurar adecuadamente los comentarios en la misma y evitar que falten ítems de revisión de pacientes 	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Historia clínica	
RESPONSABLE	Responsables HCIS, Comisión de asistencia y calidad del Instituto

ENFOQUE	
<p>5.4.2. Gestión del conocimiento</p> <p>Para transformar la información en conocimiento, el Instituto utiliza bases de datos personalizadas de los pacientes y herramientas de gestión, además de los distintos mecanismos de coordinación para compartir el conocimiento.</p> <p>La propiedad intelectual es un aspecto importante en el Instituto, ya que hemos desarrollado programas innovadores que son referente internacional como AMITEA o PIENSA, programas con un innovador sistema de acceso y evaluación como AdCom, 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. De estos programas se registra la propiedad intelectual.</p> <p>Disponemos también de la propiedad intelectual de un programa validado para reducir el acoso escolar en los colegios y mejorar el bienestar emocional (Lininklusive) desarrollado por profesionales del Instituto.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>Existen multitud de ejemplos de éxito en el despliegue de la gestión del conocimiento.</p> <p>Desarrollamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jornadas • Sesiones clínicas • Implantación de herramientas para el trabajo colaborativo • Participación en jornadas de buenas prácticas del SERMAS • Participación en foros científicos y Congresos etc. <p>Desde una perspectiva más asistencial, la constitución de las diferentes comisiones permite compartir el conocimiento entre los distintos profesionales y las distintas áreas.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los métodos de compartir el conocimiento se revisan y analizan en cada ciclo estratégico y se mejoran a medida que el Instituto va evolucionando.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Reuniones de las comisiones Jornadas, sesiones y participación en foros y congresos Registros de propiedad intelectual</p>	
RESPONSABLE	Responsables de las Comisiones del IPSMarañón

ENFOQUE	
5.4.3. Cuadro de mando	
<p>El Instituto dispone de un cuadro de mando donde se relacionan los distintos indicadores con los objetivos estratégicos y con los distintos procesos.</p> <p>Los indicadores se revisan anualmente en la revisión anual del plan estratégico, y después de cada ciclo estratégico.</p>	
DESPLIEGUE	
<p>El cuadro de mando se despliega a las distintas Comisiones y grupos de trabajo en todo el Instituto. Cada Comisión es responsable del seguimiento de unas líneas y objetivos estratégicos y de evaluar las acciones desarrolladas y su medición/evaluación a través de los indicadores establecidos en el cuadro de mando.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Anualmente, y muy especialmente al final del periodo estratégico, se realiza una revisión y análisis del conjunto de indicadores existentes y de los procesos del sistema de gestión. 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.</p> <p>Algunos ejemplos de acciones de mejora, (a raíz del análisis de los resultados globales) en los últimos años son: preparación del Libro blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, formalización y mejora de los mecanismos de relación con los Grupos de Interés, innovaciones en tecnología, sistematización de los mecanismos de dirección y seguimiento, captación de tendencias y nuevos escenarios a través de la participación externa.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Cuadros de mando de indicadores	
RESPONSABLE	Comisiones existentes. Comisión de Asistencia y Calidad

5.5. Gestionar los activos y recursos.

ENFOQUE	
5.5.1. Planificación, control y seguimiento económico	
<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 (a través de fondos públicos y privados y de la colaboración con diversas entidades y fundaciones), para la realización de proyectos de investigación y asistenciales.</p>	
DESPLIEGUE	
<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. También 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>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Los recursos económicos necesarios para el área de investigación se analizan anualmente por la Comisión de Dirección, y se plantean las acciones y presupuestos disponibles para cada ejercicio.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Resultados de financiación	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
5.5.2. Gestión de activos e instalaciones	
<p>La gestión de las instalaciones corresponde a la Dirección de Infraestructuras del Hospital, aunque el Instituto vigila y supervisa además de la seguridad de las instalaciones, el 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>Este último año se ha desarrollado un calendario de gestión común para todos los secretarios del Instituto para facilitar la gestión de espacios comunes.</p>	
DESPLIEGUE	
<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 estos, han supuesto que, por ejemplo, en la actualidad el Instituto, y en concreto la Unidad de Hospitalización, se pueda considerar líder en cuanto a seguridad para la población con trastornos psiquiátricos.</p> <p>En cuanto a los materiales, aunque son gestionados y proporcionados también 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, materiales sensoriales para pacientes con discapacidad, etc. También se han conseguido otros muchos con fondos externos, como el fútbol, bicicletas estáticas, ping-pong, sillones de masaje para personas con discapacidad intelectual, etc. Se han conseguido también materiales de evaluación neuropsicológica o kits de materiales para evaluación de autismo entre otras.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<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>Algunos ejemplos de mejora de las instalaciones en los últimos años son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Construcción de una terraza cubierta en las instalaciones de la UADO como espacio de expansión y juego 2) Con el propósito de humanizar las plantas de hospitalización, se han decorado con vinilos 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 han acondicionado 2 habitaciones para personas con discapacidad, una en hospitalización de adultos y otra en infanto-juvenil 5) Se ha cambiado y renovado material en las habitaciones y espacios comunes y se han cambiado las luminarias 6) 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 7) 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 8) Se ha cambiado la señalética de los distintos programas 9) Se han cambiado las luminarias de la planta baja del edificio de psiquiatría 	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
Mejora de instalaciones	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

ENFOQUE	
5.5.3. Seguridad de las instalaciones	
<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 pacientes, las visitas y los trabajadores. El Servicio de seguridad del Hospital revisa periódicamente la seguridad de las instalaciones y comprueba que todo esté de acuerdo con la normativa vigente.</p>	
DESPLIEGUE	
<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 tienen relación con la complejidad psicopatológica de los casos que se atienden, que en los últimos años ha aumentado al incrementar los ingresos de pacientes con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta asociados.</p> <p>Mediante la notificación de incidentes de seguridad se ponen de manifiesto riesgos reales o potenciales en las instalaciones, que son posteriormente analizados y se proponen actuaciones de mejora. Se sigue el sistema de notificación de incidentes vigente en la Comunidad de Madrid: CISEM.</p> <p>En relación a la seguridad, hemos desarrollado la Instrucción Técnica de Actuación de los Vigilantes de Seguridad en la intervención con pacientes agitados.</p>	
CÓMO Y CUÁNDO LO REVISAMOS	
<p>Para evaluar la seguridad de las instalaciones se cuenta fundamentalmente con los indicadores de seguridad y de incidentes críticos.</p>	
CÓMO LO DEMOSTRAMOS	
<p>Resultados indicadores de seguridad Instrucción Técnica de Actuación de los Vigilantes de Seguridad en la intervención con pacientes agitados.</p>	
RESPONSABLE	Grupo de seguridad. Comisión de Dirección.

PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

CRITERIO 6 – PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

RESUMEN

Como ya hemos explicado, la implicación de los grupos de interés se ha convertido en una prioridad para el Instituto y la medición de su percepción, por tanto, también. Disponemos de múltiples métodos y sistemáticas para evaluar la percepción de los distintos grupos de interés.

Percepción de clientes

Dividimos a nuestros clientes clave en cuatro grupos: pacientes, familiares, estudiantes y residentes. Su percepción la medimos a través de:

- **Pacientes y familiares:**
 - Encuestas a padres UADO. Semestral.
 - Satisfacción Aula UADO. Anual.
 - Encuestas a padres AMITEA. Semestral.
 - Encuesta a padres PRISMA. Semestral.
 - Encuesta a pacientes Centros Salud Mental. Semestral.
 - NPS. Puntualmente, en determinadas consultas.
 - Encuesta a pacientes adultos UHB. Semestral.
 - Encuesta a pacientes Hospitalización a domicilio. Semestral.
- **Residentes y estudiantes**
 - Encuesta a estudiantes Docencia. Anual.
 - Encuesta a residentes. Anual.
 - Encuesta a residentes externos. Anual.

Percepción de personas

La percepción de nuestros profesionales se lleva realizando desde 2003 a través de la escala Font Roja. En el año 2018 pasó a evaluarse a través de una encuesta modificada a partir de la encuesta del Hospital general, lo que permitía una evaluación más completa y que podía tener comparación con la del hospital, que se realiza cada 2 años (la del año 2020, debido a la pandemia, se retrasó hasta el año 2021). Los resultados se evalúan en detalle, se preparan informes de conclusiones, se transmiten los resultados a todo el personal, y se establecen proyectos de mejora para los parámetros que obtienen menor valoración. Además, durante cada ciclo se revisa el contenido de la encuesta y su modo de implantación (por ejemplo, la última encuesta se ha realizado de manera digital con código QR para facilitar su implantación y la medición de los resultados).

Percepción de inversores/reguladores

Nuestros grupos de interés clave en este ámbito son la Oficina Regional de Salud Mental y la Consejería de Sanidad, además del propio hospital, con los que tratamos de forma continuada e integrada para toda nuestra estrategia y despliegue de objetivos y proyectos de mejora. Por tanto, su percepción la conocemos de primera mano ya que la relación es muy fluida y continua a todos los niveles. Aun así, este último año hemos desplegado una encuesta de percepción tanto a la Oficina Regional de Salud Mental como a la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Consejería, sobre aspectos clave del Instituto, obteniendo una buena respuesta y unos resultados excelentes, que confirman el buen hacer del Instituto de acuerdo con las expectativas que la Oficina tiene sobre nosotros.

Percepción de la sociedad

Para medir la percepción de la sociedad, nos basamos en 3 tipos de instrumentos que nos permiten monitorizar la percepción de los distintos agentes sociales:

1. Monitor de Reputación Sanitaria de Merco.
2. Índice de Excelencia Hospitalaria, del Instituto de Coordinadas.
3. Encuesta de percepción de la Comisión de Usuarios desde un punto de vista social.

Los dos primeros modelos se basan en encuestas de percepción de los distintos agentes sociales y del sector (médicos, farmacéuticos, administración pública, gerentes y directivos, enfermeros, asociaciones de pacientes, periodistas de salud, etc.). En cada caso, los índices se basan en respuestas de en torno a 2.000

profesionales y entidades. Además, se basan también en indicadores objetivos de prestigio, calidad e imagen de cada institución.

El Monitor de Reputación Sanitaria se basa en distintos tipos de encuestas, cubriendo un amplio espectro de la sociedad:

- Encuesta a médicos especialistas.
- Encuesta particular a médicos de la especialidad “Medicina Familiar y Comunitaria”.
- Encuesta a representantes de asociaciones de pacientes.
- Encuesta a periodistas especializados en el ámbito sanitario.
- Encuesta a enfermeros.
- Encuesta a farmacéuticos hospitalarios.
- Encuesta a gerentes y directivos de hospitales.
- Encuesta a gestores de enfermería.
- Encuesta a gerentes y directivos de laboratorios farmacéuticos.
- Cuestionarios de indicadores de calidad y gestión clínica.

El Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) del Instituto Coordinadas analiza la excelencia hospitalaria como la suma de calidad asistencial, servicio hospitalario, bienestar y satisfacción del paciente, capacidad innovadora, atención personalizada y eficiencia de recursos; apostando por la calidad y sostenibilidad de un sistema de salud universal.

En ambos modelos, el Instituto obtiene el primer puesto en el ranking durante todos los años de edición.

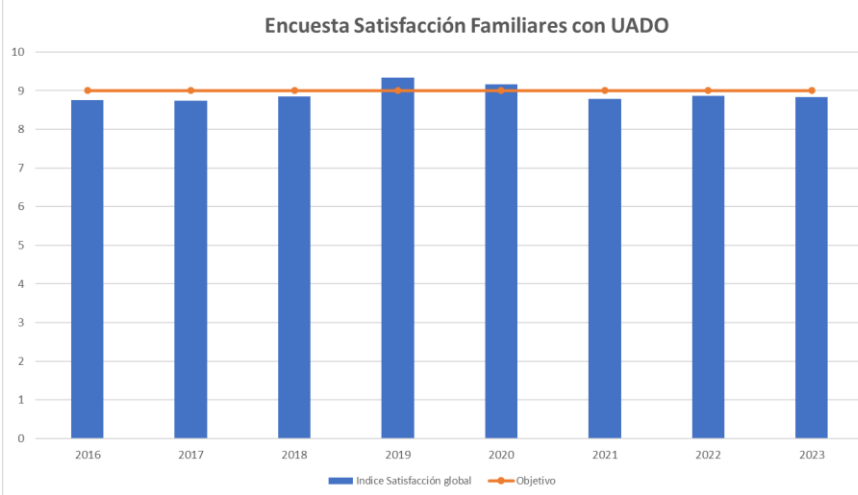
En cuanto a la encuesta de percepción de la Comisión de Usuarios, nos ofrece una información muy completa sobre cómo nos percibe la sociedad, y qué impacto estamos teniendo en las distintas Asociaciones de Pacientes.

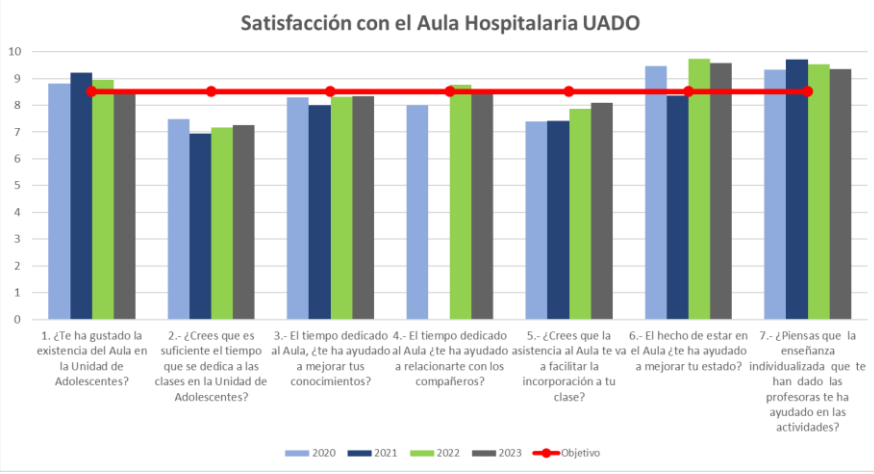
Percepción de partners/proveedores

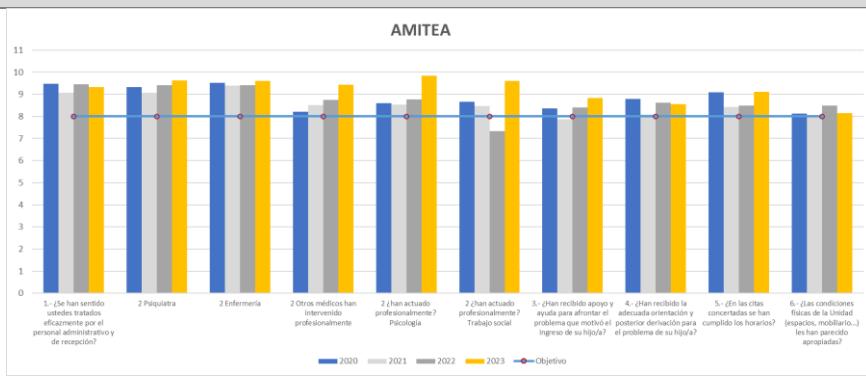
Para evaluar la percepción de los partners/proveedores utilizamos seis métodos:

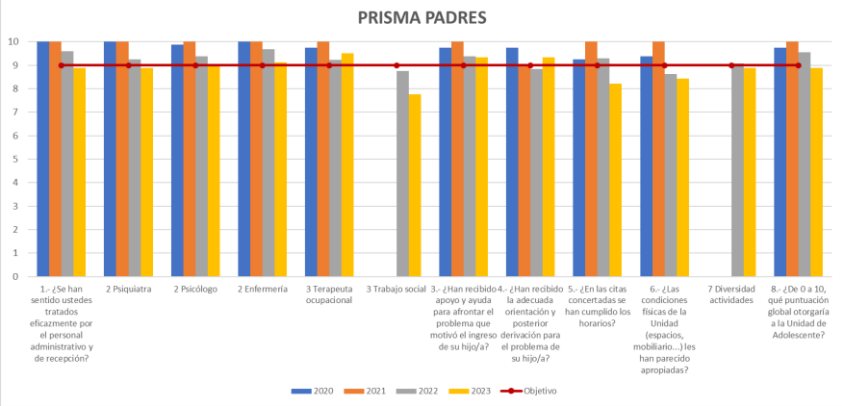
- Encuesta para dispositivos psicosociales. Cada 2 años.
 - Encuesta para centros de menores. Cada 2 años.
 - Encuesta para Hospitales de día de menores. Cada 2 años.
 - Encuesta para psiquiatras de los Centros de Salud Mental. Cada 2 años.
 - Encuesta para médicos de otros servicios del HGUGM
 - Focus groups con médicos de otros servicios del Hospital.
-

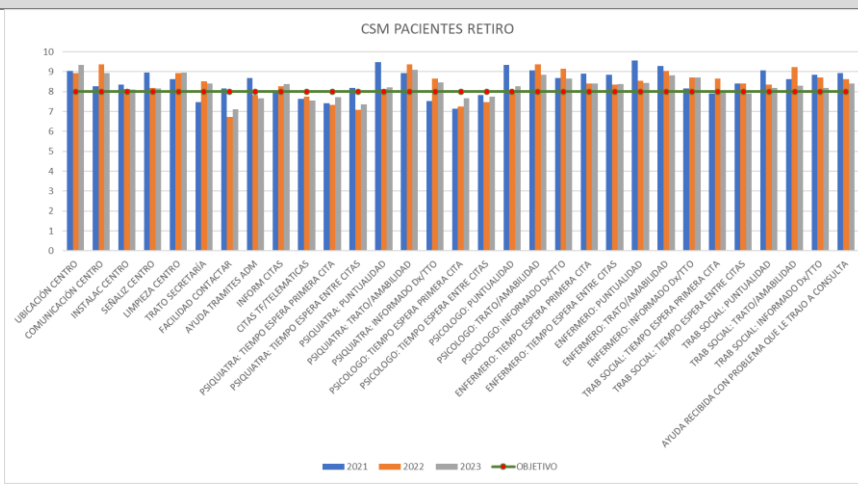
6.1. Resultados de percepción de clientes.

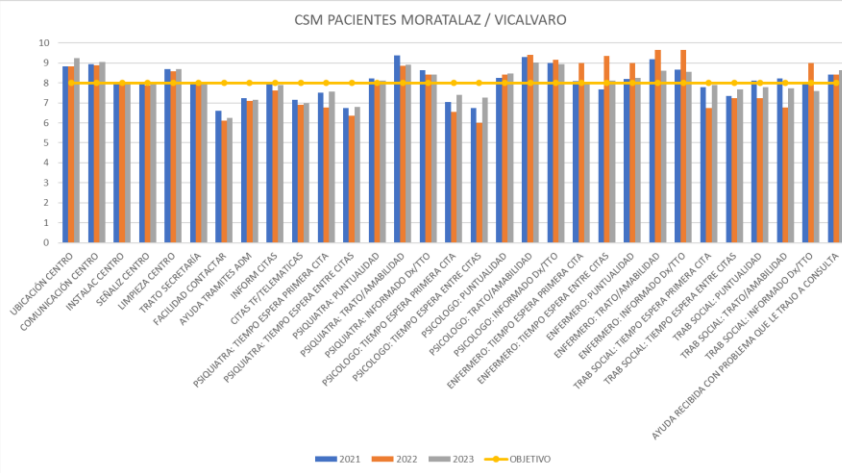
NOMBRE DEL INDICADOR																												
6.1.1. Percepción de padres Unidad de Hospitalización de Adolescentes (UADO)																												
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																												
Percepción de familiares de adolescentes ingresados en la UADO																												
GRÁFICO																												
<p style="text-align: center;">Encuesta Satisfacción Familiares con UADO</p>  <table border="1"> <caption>Data for Encuesta Satisfacción Familiares con UADO</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Índice Satisfacción global</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2016</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>8.9</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>9.3</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>9.2</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>8.9</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>8.9</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>8.9</td> <td>9.0</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Índice Satisfacción global	Objetivo	2016	8.8	9.0	2017	8.8	9.0	2018	8.9	9.0	2019	9.3	9.0	2020	9.2	9.0	2021	8.9	9.0	2022	8.9	9.0	2023	8.9	9.0
Año	Índice Satisfacción global	Objetivo																										
2016	8.8	9.0																										
2017	8.8	9.0																										
2018	8.9	9.0																										
2019	9.3	9.0																										
2020	9.2	9.0																										
2021	8.9	9.0																										
2022	8.9	9.0																										
2023	8.9	9.0																										
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad																											

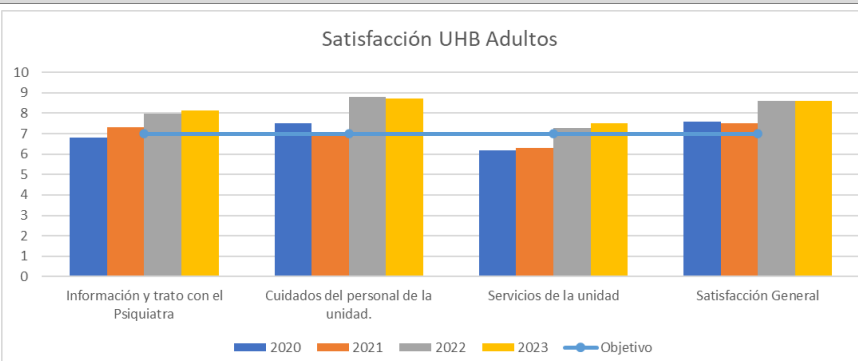
NOMBRE DEL INDICADOR																																																	
6.1.2. Percepción de Aula UADO																																																	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																	
Percepción con el Aula Hospitalaria de la UADO																																																	
GRÁFICO																																																	
<p style="text-align: center;">Satisfacción con el Aula Hospitalaria UADO</p>  <p>The chart displays satisfaction scores for seven statements. The y-axis ranges from 0 to 10. The x-axis lists the statements. Data series are shown for 2020 (light blue), 2021 (dark blue), 2022 (green), and 2023 (grey). A red line with circular markers represents the objective score, which is consistently around 8.5.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Statement</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.- ¿Te ha gustado la existencia del Aula en la Unidad de Adolescentes?</td> <td>8.8</td> <td>9.2</td> <td>9.0</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>2.- ¿Crees que es suficiente el tiempo que se dedica a las clases en la Unidad de Adolescentes?</td> <td>7.5</td> <td>7.0</td> <td>7.2</td> <td>7.2</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>3.- El tiempo dedicado al Aula, ¿te ha ayudado a mejorar tus conocimientos?</td> <td>8.2</td> <td>8.0</td> <td>8.2</td> <td>8.2</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>4.- El tiempo dedicado al Aula ¿te ha ayudado a relacionarte con los compañeros?</td> <td>8.0</td> <td>8.0</td> <td>8.8</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>5.- ¿Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase?</td> <td>7.5</td> <td>7.5</td> <td>7.8</td> <td>8.0</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>6.- El hecho de estar en el Aula ¿te ha ayudado a mejorar tu estado?</td> <td>9.5</td> <td>8.5</td> <td>9.8</td> <td>9.5</td> <td>8.5</td> </tr> <tr> <td>7.- ¿Piensas que la enseñanza individualizada que te han dado las profesoras te ha ayudado en las actividades?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.2</td> <td>8.5</td> </tr> </tbody> </table>		Statement	2020	2021	2022	2023	Objetivo	1.- ¿Te ha gustado la existencia del Aula en la Unidad de Adolescentes?	8.8	9.2	9.0	8.5	8.5	2.- ¿Crees que es suficiente el tiempo que se dedica a las clases en la Unidad de Adolescentes?	7.5	7.0	7.2	7.2	8.5	3.- El tiempo dedicado al Aula, ¿te ha ayudado a mejorar tus conocimientos?	8.2	8.0	8.2	8.2	8.5	4.- El tiempo dedicado al Aula ¿te ha ayudado a relacionarte con los compañeros?	8.0	8.0	8.8	8.5	8.5	5.- ¿Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase?	7.5	7.5	7.8	8.0	8.5	6.- El hecho de estar en el Aula ¿te ha ayudado a mejorar tu estado?	9.5	8.5	9.8	9.5	8.5	7.- ¿Piensas que la enseñanza individualizada que te han dado las profesoras te ha ayudado en las actividades?	9.5	9.5	9.5	9.2	8.5
Statement	2020	2021	2022	2023	Objetivo																																												
1.- ¿Te ha gustado la existencia del Aula en la Unidad de Adolescentes?	8.8	9.2	9.0	8.5	8.5																																												
2.- ¿Crees que es suficiente el tiempo que se dedica a las clases en la Unidad de Adolescentes?	7.5	7.0	7.2	7.2	8.5																																												
3.- El tiempo dedicado al Aula, ¿te ha ayudado a mejorar tus conocimientos?	8.2	8.0	8.2	8.2	8.5																																												
4.- El tiempo dedicado al Aula ¿te ha ayudado a relacionarte con los compañeros?	8.0	8.0	8.8	8.5	8.5																																												
5.- ¿Crees que la asistencia al Aula te va a facilitar la incorporación a tu clase?	7.5	7.5	7.8	8.0	8.5																																												
6.- El hecho de estar en el Aula ¿te ha ayudado a mejorar tu estado?	9.5	8.5	9.8	9.5	8.5																																												
7.- ¿Piensas que la enseñanza individualizada que te han dado las profesoras te ha ayudado en las actividades?	9.5	9.5	9.5	9.2	8.5																																												
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad																																																

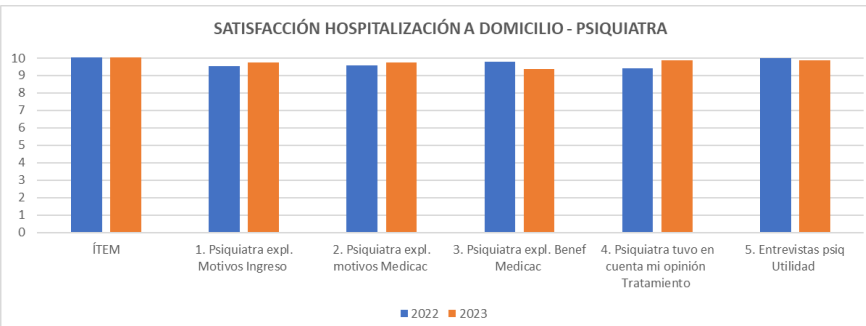
NOMBRE DEL INDICADOR																																																																			
6.1.3. Percepción de padres AMITEA																																																																			
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																			
Percepción de padres de pacientes tratados en el programa AMITEA																																																																			
GRÁFICO																																																																			
 <p>AMITEA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?</td> <td>9.2</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> <td>9.2</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>2- ¿Psiquiatra?</td> <td>8.8</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> <td>9.2</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>2- Enfermería</td> <td>9.2</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> <td>9.2</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>2- Otros médicos han intervenido profesionalmente</td> <td>8.2</td> <td>8.2</td> <td>8.8</td> <td>9.0</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>2- ¿han actuado profesionalmente? Psicología</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> <td>8.8</td> <td>9.2</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>2- ¿han actuado profesionalmente? Trabajo social</td> <td>8.5</td> <td>8.2</td> <td>8.5</td> <td>9.2</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>3- ¿han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?</td> <td>8.2</td> <td>8.2</td> <td>8.5</td> <td>8.8</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>4- ¿han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?</td> <td>8.8</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?</td> <td>9.0</td> <td>8.5</td> <td>8.5</td> <td>9.0</td> <td>8.0</td> </tr> <tr> <td>6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?</td> <td>8.0</td> <td>8.2</td> <td>8.5</td> <td>8.2</td> <td>8.0</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo	1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?	9.2	8.8	9.0	9.2	8.0	2- ¿Psiquiatra?	8.8	8.8	9.0	9.2	8.0	2- Enfermería	9.2	8.8	9.0	9.2	8.0	2- Otros médicos han intervenido profesionalmente	8.2	8.2	8.8	9.0	8.0	2- ¿han actuado profesionalmente? Psicología	8.5	8.5	8.8	9.2	8.0	2- ¿han actuado profesionalmente? Trabajo social	8.5	8.2	8.5	9.2	8.0	3- ¿han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?	8.2	8.2	8.5	8.8	8.0	4- ¿han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?	8.8	8.5	8.5	8.5	8.0	5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?	9.0	8.5	8.5	9.0	8.0	6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?	8.0	8.2	8.5	8.2	8.0
Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo																																																														
1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?	9.2	8.8	9.0	9.2	8.0																																																														
2- ¿Psiquiatra?	8.8	8.8	9.0	9.2	8.0																																																														
2- Enfermería	9.2	8.8	9.0	9.2	8.0																																																														
2- Otros médicos han intervenido profesionalmente	8.2	8.2	8.8	9.0	8.0																																																														
2- ¿han actuado profesionalmente? Psicología	8.5	8.5	8.8	9.2	8.0																																																														
2- ¿han actuado profesionalmente? Trabajo social	8.5	8.2	8.5	9.2	8.0																																																														
3- ¿han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?	8.2	8.2	8.5	8.8	8.0																																																														
4- ¿han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?	8.8	8.5	8.5	8.5	8.0																																																														
5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?	9.0	8.5	8.5	9.0	8.0																																																														
6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?	8.0	8.2	8.5	8.2	8.0																																																														
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad																																																																		

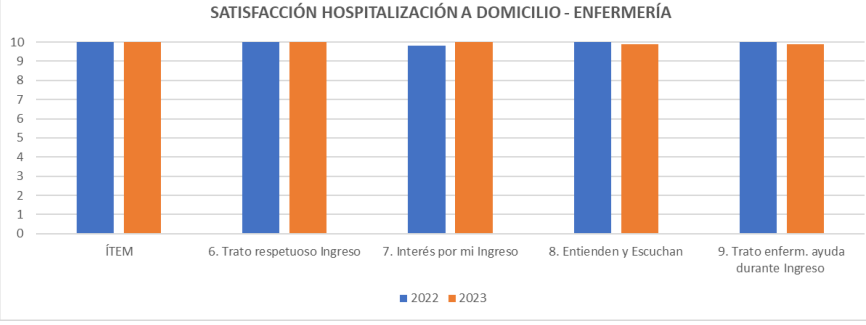
NOMBRE DEL INDICADOR																																																																															
6.1.4. Percepción de padres PRISMA																																																																															
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																															
Satisfacción de padres con PRISMA																																																																															
GRÁFICO																																																																															
<p style="text-align: center;">PRISMA PADRES</p>  <table border="1"> <caption>PRISMA PADRES - Datos del Gráfico</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2 Psiquiatra</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2 Psicólogo</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>2 Enfermería</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>3 Terapeuta ocupacional</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>3 Trabajo social</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>3- ¿Han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>4- ¿Han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>7 Diversidad actividades</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>8- ¿De 0 a 10, qué puntuación global otorgaría a la Unidad de Adolescente?</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo	1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	2 Psiquiatra	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	2 Psicólogo	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	2 Enfermería	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	3 Terapeuta ocupacional	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	3 Trabajo social	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	3- ¿Han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	4- ¿Han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	7 Diversidad actividades	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0	8- ¿De 0 a 10, qué puntuación global otorgaría a la Unidad de Adolescente?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0
Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo																																																																										
1- ¿Se han sentido ustedes tratados eficazmente por el personal administrativo y de recepción?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
2 Psiquiatra	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
2 Psicólogo	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
2 Enfermería	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
3 Terapeuta ocupacional	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
3 Trabajo social	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
3- ¿Han recibido apoyo y ayuda para afrontar el problema que motivó el ingreso de su hijo/a?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
4- ¿Han recibido la adecuada orientación y posterior derivación para el problema de su hijo/a?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
5- ¿En las citas concertadas se han cumplido los horarios?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
6- ¿Las condiciones físicas de la Unidad (espacios, mobiliario...) les han parecido apropiadas?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
7 Diversidad actividades	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
8- ¿De 0 a 10, qué puntuación global otorgaría a la Unidad de Adolescente?	9.5	9.5	9.5	9.5	9.0																																																																										
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad																																																																														

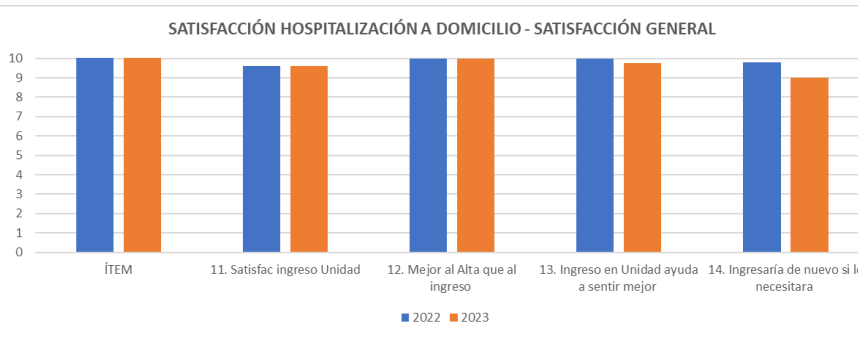
NOMBRE DEL INDICADOR	
6.1.5. Percepción de pacientes Centros Salud Mental Retiro	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el Centro de Salud Mental de Retiro	
GRÁFICO	
 <p>CSM PACIENTES RETIRO</p> <p>Legend: 2021 (Blue), 2022 (Orange), 2023 (Grey), OBJETIVO (Green line with diamond)</p>	
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad

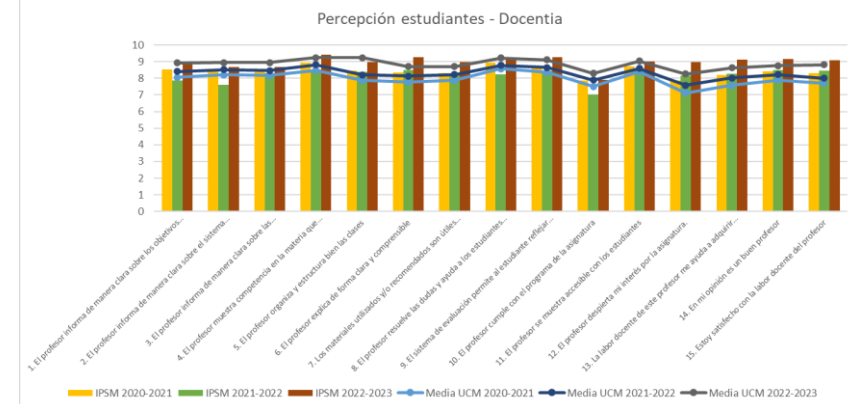
NOMBRE DEL INDICADOR																																																																																																																														
6.1.6. Percepción de pacientes Centros Salud Mental Moratalaz / Vicálvaro																																																																																																																														
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																																																																														
Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el Centro de Salud Mental de Moratalaz / Vicálvaro																																																																																																																														
GRÁFICO																																																																																																																														
<p style="text-align: center;">CSM PACIENTES MORATALAZ / VICÁLVARO</p>  <table border="1"> <caption>Approximate data from the bar chart (Scores out of 10)</caption> <thead> <tr> <th>Servicio</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>UBICACIÓN CENTRO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>INSTALAC CENTRO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>SERVICIO CENTRO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>LIMPIEZA CENTRO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>TRATO SECRETARÍA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>AYUDA TRÁMITES ADM</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>INFORM CITAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>CITAS TELEFONICAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUIATRA- TRATO INFORMADO DDTTO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUICOLOGO- TRATO INFORMADO DDTTO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>PSIQUICOLOGO- PUNTUALIDAD</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMERO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMERO- TRATO INFORMADO DDTTO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMERO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>ENFERMERO- PUNTUALIDAD</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>TRAB SOCIAL- TRATO INFORMADO DDTTO</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>TRAB SOCIAL- PUNTUALIDAD</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> <tr><td>AYUDA RECIBIDA CON PROBLEMA QUE LE TRAO A CONSULTA</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		Servicio	2021	2022	2023	Objetivo	UBICACIÓN CENTRO	8.5	8.5	8.5	8	INSTALAC CENTRO	8.5	8.5	8.5	8	SERVICIO CENTRO	8.5	8.5	8.5	8	LIMPIEZA CENTRO	8.5	8.5	8.5	8	TRATO SECRETARÍA	8.5	8.5	8.5	8	AYUDA TRÁMITES ADM	8.5	8.5	8.5	8	INFORM CITAS	8.5	8.5	8.5	8	CITAS TELEFONICAS	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUIATRA- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUICOLOGO- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8	PSIQUICOLOGO- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8	ENFERMERO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8	ENFERMERO- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8	ENFERMERO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8	ENFERMERO- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8	TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8	TRAB SOCIAL- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8	TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8	TRAB SOCIAL- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8	AYUDA RECIBIDA CON PROBLEMA QUE LE TRAO A CONSULTA	8.5	8.5	8.5	8
Servicio	2021	2022	2023	Objetivo																																																																																																																										
UBICACIÓN CENTRO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
INSTALAC CENTRO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
SERVICIO CENTRO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
LIMPIEZA CENTRO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
TRATO SECRETARÍA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
AYUDA TRÁMITES ADM	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
INFORM CITAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
CITAS TELEFONICAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUIATRA- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUIATRA- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUICOLOGO- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUICOLOGO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
PSIQUICOLOGO- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
ENFERMERO- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
ENFERMERO- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
ENFERMERO- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
ENFERMERO- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA PRIMERA CITA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
TRAB SOCIAL- TRATO INFORMADO DDTTO	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
TRAB SOCIAL- TIEMPO ESPERA ENTRE CITAS	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
TRAB SOCIAL- PUNTUALIDAD	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
AYUDA RECIBIDA CON PROBLEMA QUE LE TRAO A CONSULTA	8.5	8.5	8.5	8																																																																																																																										
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																																																																																																																													

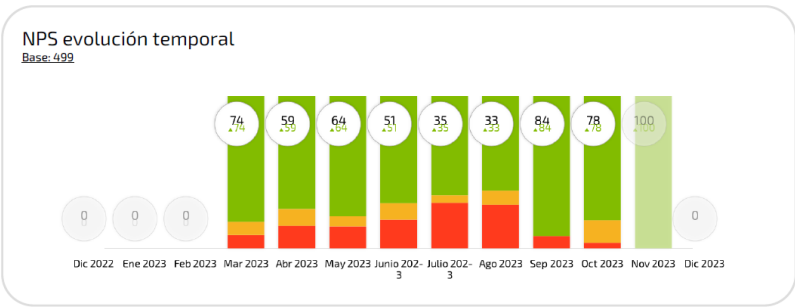
NOMBRE DEL INDICADOR																															
6.1.7. Percepción de pacientes adultos ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB)																															
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																															
Satisfacción de los pacientes adultos ingresados en la UHB																															
GRÁFICO																															
<p style="text-align: center;">Satisfacción UHB Adultos</p>  <table border="1"> <caption>Data extracted from the 'Satisfacción UHB Adultos' chart</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Información y trato con el Psiquiatra</td> <td>6.8</td> <td>7.2</td> <td>8.0</td> <td>8.1</td> <td>7.0</td> </tr> <tr> <td>Cuidados del personal de la unidad.</td> <td>7.5</td> <td>7.0</td> <td>8.8</td> <td>8.7</td> <td>7.0</td> </tr> <tr> <td>Servicios de la unidad</td> <td>6.2</td> <td>6.3</td> <td>7.2</td> <td>7.5</td> <td>7.0</td> </tr> <tr> <td>Satisfacción General</td> <td>7.6</td> <td>7.4</td> <td>8.5</td> <td>8.6</td> <td>7.0</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo	Información y trato con el Psiquiatra	6.8	7.2	8.0	8.1	7.0	Cuidados del personal de la unidad.	7.5	7.0	8.8	8.7	7.0	Servicios de la unidad	6.2	6.3	7.2	7.5	7.0	Satisfacción General	7.6	7.4	8.5	8.6	7.0
Categoría	2020	2021	2022	2023	Objetivo																										
Información y trato con el Psiquiatra	6.8	7.2	8.0	8.1	7.0																										
Cuidados del personal de la unidad.	7.5	7.0	8.8	8.7	7.0																										
Servicios de la unidad	6.2	6.3	7.2	7.5	7.0																										
Satisfacción General	7.6	7.4	8.5	8.6	7.0																										
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																														

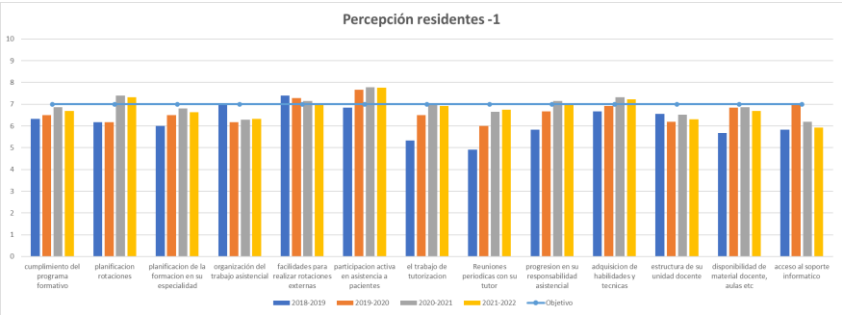
NOMBRE DEL INDICADOR																			
6.1.9. Percepción de pacientes atendidos en el programa de Hospitalización a domicilio - Psiquiatra																			
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																			
Satisfacción de los pacientes con el programa de Hospitalización a domicilio.																			
GRÁFICO																			
<p style="text-align: center;">SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO - PSIQUIATRA</p>  <table border="1"> <caption>Data for Satisfacción Hospitalización a Domicilio - Psiquiatra</caption> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Psiquiatra expl. Motivos Ingreso</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>2. Psiquiatra expl. motivos Medicac</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>3. Psiquiatra expl. Benef Medicac</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td>4. Psiquiatra tuvo en cuenta mi opinión Tratamiento</td> <td>9.0</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>5. Entrevistas psiq Utilidad</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> </tbody> </table>		ÍTEM	2022	2023	1. Psiquiatra expl. Motivos Ingreso	9.5	9.5	2. Psiquiatra expl. motivos Medicac	9.5	9.5	3. Psiquiatra expl. Benef Medicac	9.5	9.0	4. Psiquiatra tuvo en cuenta mi opinión Tratamiento	9.0	9.5	5. Entrevistas psiq Utilidad	9.5	9.5
ÍTEM	2022	2023																	
1. Psiquiatra expl. Motivos Ingreso	9.5	9.5																	
2. Psiquiatra expl. motivos Medicac	9.5	9.5																	
3. Psiquiatra expl. Benef Medicac	9.5	9.0																	
4. Psiquiatra tuvo en cuenta mi opinión Tratamiento	9.0	9.5																	
5. Entrevistas psiq Utilidad	9.5	9.5																	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																		

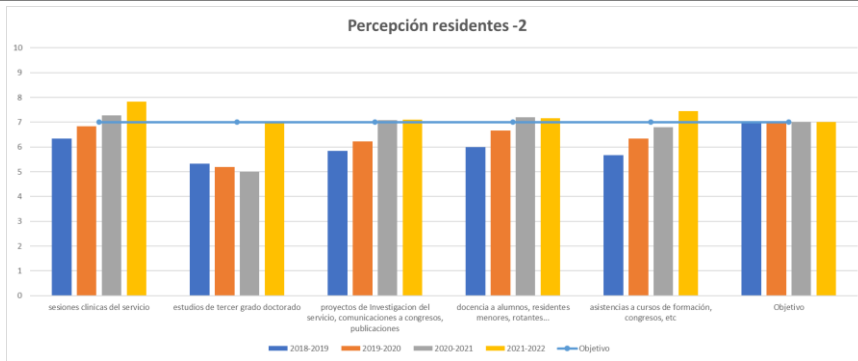
NOMBRE DEL INDICADOR																
6.1.10. Percepción de pacientes atendidos en el Hospitalización a domicilio – Enfermería																
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																
Satisfacción de los pacientes de Hospitalización a domicilio.																
GRÁFICO																
<p style="text-align: center;">SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO - ENFERMERÍA</p>  <table border="1"> <caption>Data for Satisfacción Hospitalización a Domicilio - Enfermería</caption> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6. Trato respetuoso Ingreso</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>7. Interés por mi Ingreso</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>8. Entienden y Escuchan</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>9. Trato enferm. ayuda durante Ingreso</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> </tbody> </table>		ÍTEM	2022	2023	6. Trato respetuoso Ingreso	9.5	9.5	7. Interés por mi Ingreso	9.5	9.5	8. Entienden y Escuchan	9.5	9.5	9. Trato enferm. ayuda durante Ingreso	9.5	9.5
ÍTEM	2022	2023														
6. Trato respetuoso Ingreso	9.5	9.5														
7. Interés por mi Ingreso	9.5	9.5														
8. Entienden y Escuchan	9.5	9.5														
9. Trato enferm. ayuda durante Ingreso	9.5	9.5														
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad															

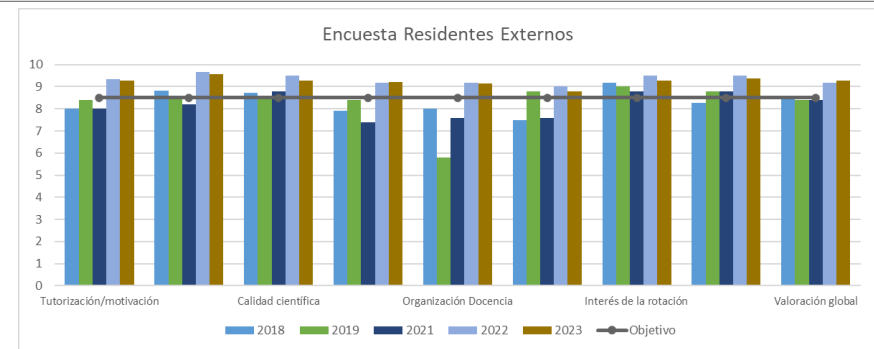
NOMBRE DEL INDICADOR																
6.1.11. Percepción de pacientes atendidos en la Hospitalización a domicilio – Satisfacción General																
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																
Satisfacción de los pacientes con el programa de Hospitalización a domicilio.																
GRÁFICO																
<p style="text-align: center;">SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO - SATISFACCIÓN GENERAL</p>  <table border="1"> <caption>Data for Satisfacción Hospitalización a Domicilio - Satisfacción General</caption> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11. Satisfac ingreso Unidad</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>12. Mejor al Alta que al ingreso</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>13. Ingreso en Unidad ayuda a sentir mejor</td> <td>9.5</td> <td>9.5</td> </tr> <tr> <td>14. Ingresaría de nuevo si lo necesitara</td> <td>9.5</td> <td>9.0</td> </tr> </tbody> </table>		ÍTEM	2022	2023	11. Satisfac ingreso Unidad	9.5	9.5	12. Mejor al Alta que al ingreso	9.5	9.5	13. Ingreso en Unidad ayuda a sentir mejor	9.5	9.5	14. Ingresaría de nuevo si lo necesitara	9.5	9.0
ÍTEM	2022	2023														
11. Satisfac ingreso Unidad	9.5	9.5														
12. Mejor al Alta que al ingreso	9.5	9.5														
13. Ingreso en Unidad ayuda a sentir mejor	9.5	9.5														
14. Ingresaría de nuevo si lo necesitara	9.5	9.0														
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad															

NOMBRE DEL INDICADOR																																																																																																																	
6.1.12. Percepción de estudiantes de medicina evaluada mediante el programa Doctenia																																																																																																																	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																																																																	
Percepción de los estudiantes. Se comparan los resultados con la media de los estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid.																																																																																																																	
GRÁFICO																																																																																																																	
<p style="text-align: center;">Percepción estudiantes - Doctenia</p>  <table border="1"> <caption>Data for Percepción estudiantes - Doctenia</caption> <thead> <tr> <th>ÍTEM</th> <th>IPSM 2020-2021</th> <th>IPSM 2021-2022</th> <th>IPSM 2022-2023</th> <th>Media UCM 2020-2021</th> <th>Media UCM 2021-2022</th> <th>Media UCM 2022-2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. El profesor informa de manera clara sobre los objetivos...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>2. El profesor informa de manera clara sobre el contenido...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>3. El profesor informa de manera clara sobre las...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>4. El profesor muestra competencia en la materia que...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>5. El profesor organiza y estructura bien las clases...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>6. El profesor explica de forma clara y comprensible...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>7. Los materiales utilizados y/o recomendados son útiles...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>8. El profesor resuelve las dudas y ayuda a los estudiantes...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>9. El sistema de evaluación permite al estudiante reflexi...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>10. El profesor cumple con el programa de la asignatura...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>11. El profesor es muy accesible con los estudiantes...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>12. El profesor demuestra un interés por la asignatura...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>13. La labor docente de este profesor me ayuda a adquirir...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>14. En mi opinión es un buen profesor...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>15. Estoy satisfecho con la labor docente del profesor...</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td><td>8.5</td></tr> </tbody> </table>		ÍTEM	IPSM 2020-2021	IPSM 2021-2022	IPSM 2022-2023	Media UCM 2020-2021	Media UCM 2021-2022	Media UCM 2022-2023	1. El profesor informa de manera clara sobre los objetivos...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	2. El profesor informa de manera clara sobre el contenido...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	3. El profesor informa de manera clara sobre las...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	4. El profesor muestra competencia en la materia que...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	5. El profesor organiza y estructura bien las clases...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	6. El profesor explica de forma clara y comprensible...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	7. Los materiales utilizados y/o recomendados son útiles...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8. El profesor resuelve las dudas y ayuda a los estudiantes...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	9. El sistema de evaluación permite al estudiante reflexi...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	10. El profesor cumple con el programa de la asignatura...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	11. El profesor es muy accesible con los estudiantes...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	12. El profesor demuestra un interés por la asignatura...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	13. La labor docente de este profesor me ayuda a adquirir...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	14. En mi opinión es un buen profesor...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	15. Estoy satisfecho con la labor docente del profesor...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5
ÍTEM	IPSM 2020-2021	IPSM 2021-2022	IPSM 2022-2023	Media UCM 2020-2021	Media UCM 2021-2022	Media UCM 2022-2023																																																																																																											
1. El profesor informa de manera clara sobre los objetivos...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
2. El profesor informa de manera clara sobre el contenido...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
3. El profesor informa de manera clara sobre las...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
4. El profesor muestra competencia en la materia que...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
5. El profesor organiza y estructura bien las clases...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
6. El profesor explica de forma clara y comprensible...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
7. Los materiales utilizados y/o recomendados son útiles...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
8. El profesor resuelve las dudas y ayuda a los estudiantes...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
9. El sistema de evaluación permite al estudiante reflexi...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
10. El profesor cumple con el programa de la asignatura...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
11. El profesor es muy accesible con los estudiantes...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
12. El profesor demuestra un interés por la asignatura...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
13. La labor docente de este profesor me ayuda a adquirir...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
14. En mi opinión es un buen profesor...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
15. Estoy satisfecho con la labor docente del profesor...	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5																																																																																																											
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad. Profesores del IPSMarañón.																																																																																																																

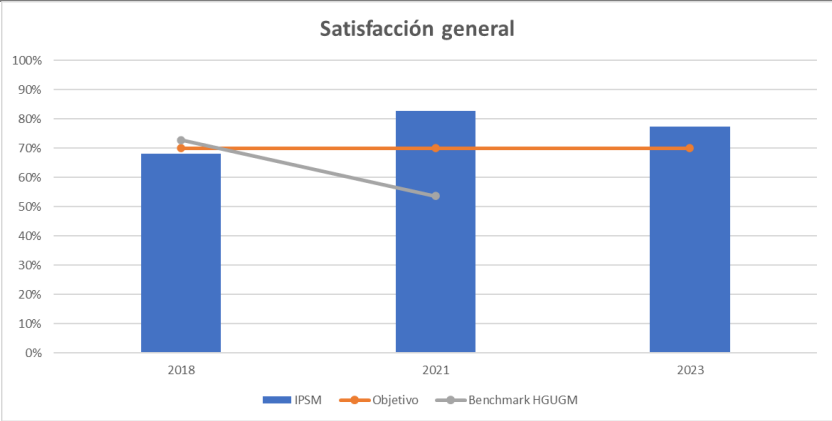
NOMBRE DEL INDICADOR																													
6.1.13. NPS																													
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																													
Evalúa la experiencia de los pacientes. El NPS del año 2023 es de un 64.																													
GRÁFICO																													
<p>NPS evolución temporal Base: 499</p>  <table border="1"> <caption>NPS evolution data</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>NPS Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dic 2022</td><td>0</td></tr> <tr><td>Ene 2023</td><td>0</td></tr> <tr><td>Feb 2023</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mar 2023</td><td>74</td></tr> <tr><td>Abr 2023</td><td>58</td></tr> <tr><td>May 2023</td><td>64</td></tr> <tr><td>Junio 2023</td><td>51</td></tr> <tr><td>Julio 2023</td><td>35</td></tr> <tr><td>Ago 2023</td><td>33</td></tr> <tr><td>Sep 2023</td><td>84</td></tr> <tr><td>Oct 2023</td><td>78</td></tr> <tr><td>Nov 2023</td><td>100</td></tr> <tr><td>Dic 2023</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Month	NPS Score	Dic 2022	0	Ene 2023	0	Feb 2023	0	Mar 2023	74	Abr 2023	58	May 2023	64	Junio 2023	51	Julio 2023	35	Ago 2023	33	Sep 2023	84	Oct 2023	78	Nov 2023	100	Dic 2023	0
Month	NPS Score																												
Dic 2022	0																												
Ene 2023	0																												
Feb 2023	0																												
Mar 2023	74																												
Abr 2023	58																												
May 2023	64																												
Junio 2023	51																												
Julio 2023	35																												
Ago 2023	33																												
Sep 2023	84																												
Oct 2023	78																												
Nov 2023	100																												
Dic 2023	0																												
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad.																												


NOMBRE DEL INDICADOR																																																																																					
6.1.13. Percepción de residentes																																																																																					
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																																					
Satisfacción de los residentes. Se muestra en dos gráficos para incluir todas las preguntas que se realizan. Lleva un año de decalaje, al depender los datos directamente de la Comisión de Docencia del HGUGM.																																																																																					
GRÁFICO																																																																																					
<p>Percepción residentes -1</p>  <table border="1"> <caption>Percepción residentes -1 Data</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2018-2019</th> <th>2019-2020</th> <th>2020-2021</th> <th>2021-2022</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>cumplimiento del programa formativo</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>planificación rotaciones</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>planificación de la formación en su especialidad</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>organización del trabajo asistencial</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>facilidades para realizar rotaciones en asistencia a pacientes</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>participación activa en asistencia a pacientes</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>el trabajo de tutorización</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>Reuniones periódicas con su tutor</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>progresión en su responsabilidad asistencial</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>adquisición de habilidades y técnicas</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>estructura de su unidad docente</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>disponibilidad de material docente, aulas etc</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>acceso al soporte informático</td><td>6.5</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>6.8</td><td>7.0</td></tr> </tbody> </table>		Categoría	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Objetivo	cumplimiento del programa formativo	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	planificación rotaciones	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	planificación de la formación en su especialidad	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	organización del trabajo asistencial	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	facilidades para realizar rotaciones en asistencia a pacientes	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	participación activa en asistencia a pacientes	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	el trabajo de tutorización	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	Reuniones periódicas con su tutor	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	progresión en su responsabilidad asistencial	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	adquisición de habilidades y técnicas	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	estructura de su unidad docente	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	disponibilidad de material docente, aulas etc	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0	acceso al soporte informático	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0
Categoría	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Objetivo																																																																																
cumplimiento del programa formativo	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
planificación rotaciones	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
planificación de la formación en su especialidad	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
organización del trabajo asistencial	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
facilidades para realizar rotaciones en asistencia a pacientes	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
participación activa en asistencia a pacientes	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
el trabajo de tutorización	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
Reuniones periódicas con su tutor	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
progresión en su responsabilidad asistencial	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
adquisición de habilidades y técnicas	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
estructura de su unidad docente	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
disponibilidad de material docente, aulas etc	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
acceso al soporte informático	6.5	6.8	6.8	6.8	7.0																																																																																
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad. Unidad docente multiprofesional (Comisión de Docencia del HGUGM)																																																																																				

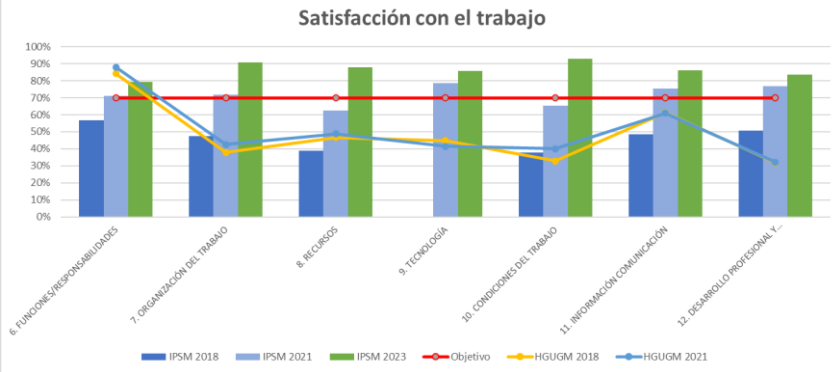
NOMBRE DEL INDICADOR	
6.1.14. Percepción de residentes	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
Satisfacción de los residentes. Lleva un año de decalaje, al depender los datos directamente de la Comisión de Docencia del HGUGM.	
GRÁFICO	
	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad. Unidad docente multiprofesional (Comisión de Docencia del HGUGM).

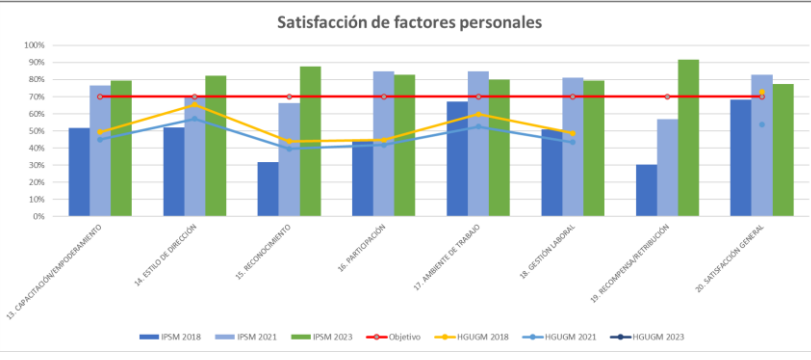
NOMBRE DEL INDICADOR	
6.1.15. Percepción de residentes externos	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
Satisfacción de los residentes externos.	
GRÁFICO	
	
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad

6.2. Resultados de percepción de personas.

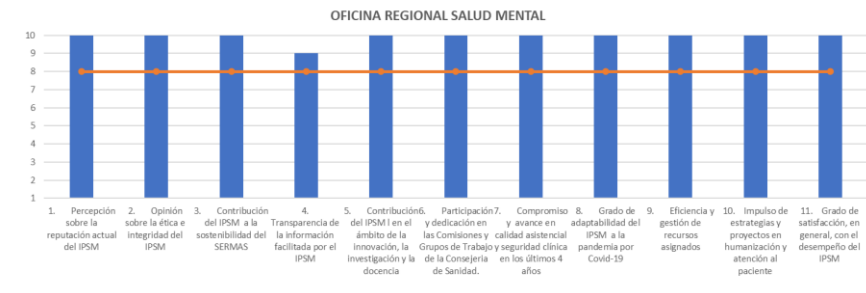
NOMBRE DEL INDICADOR																	
6.2.1. Satisfacción del personal – Resultados generales																	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																	
Satisfacción general del personal. Se comparan los resultados con los del Hospital.																	
GRÁFICO																	
<p style="text-align: center;">Satisfacción general</p>  <table border="1"> <caption>Datos del gráfico de Satisfacción general</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>IPSM (%)</th> <th>Objetivo (%)</th> <th>Benchmark HGUGM (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>68</td> <td>70</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>82</td> <td>70</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>77</td> <td>70</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		Año	IPSM (%)	Objetivo (%)	Benchmark HGUGM (%)	2018	68	70	73	2021	82	70	53	2023	77	70	-
Año	IPSM (%)	Objetivo (%)	Benchmark HGUGM (%)														
2018	68	70	73														
2021	82	70	53														
2023	77	70	-														
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																

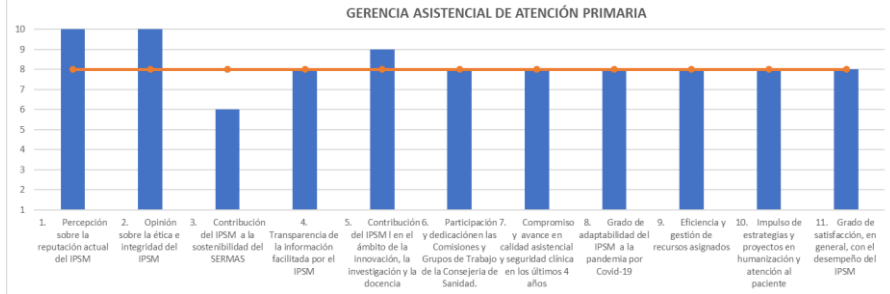
NOMBRE DEL INDICADOR																																											
6.2.2. Satisfacción del personal – Percepción de la organización																																											
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																											
Satisfacción con la organización. Se comparan los resultados con los del Hospital.																																											
GRÁFICO																																											
 <p>Satisfacción con la Organización</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>IPSM 2018</th> <th>IPSM 2021</th> <th>IPSM 2023</th> <th>Objetivo</th> <th>HGUGM 2018</th> <th>HGUGM 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. IMAGEN DEL SERVICIO</td> <td>80%</td> <td>75%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>2. OBJETIVOS</td> <td>40%</td> <td>70%</td> <td>95%</td> <td>70%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</td> <td>45%</td> <td>65%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>4. INNOVACIÓN</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>45%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>5. VALORES</td> <td>40%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> <td>45%</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	Objetivo	HGUGM 2018	HGUGM 2021	1. IMAGEN DEL SERVICIO	80%	75%	85%	70%	70%	75%	2. OBJETIVOS	40%	70%	95%	70%	60%	70%	3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	45%	65%	85%	70%	60%	65%	4. INNOVACIÓN	45%	70%	85%	70%	45%	40%	5. VALORES	40%	70%	70%	70%	45%	40%
Categoría	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	Objetivo	HGUGM 2018	HGUGM 2021																																					
1. IMAGEN DEL SERVICIO	80%	75%	85%	70%	70%	75%																																					
2. OBJETIVOS	40%	70%	95%	70%	60%	70%																																					
3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	45%	65%	85%	70%	60%	65%																																					
4. INNOVACIÓN	45%	70%	85%	70%	45%	40%																																					
5. VALORES	40%	70%	70%	70%	45%	40%																																					
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																																										

NOMBRE DEL INDICADOR																																																									
6.2.3. Satisfacción del personal – Percepción con el trabajo																																																									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																									
Satisfacción con el trabajo. Se comparan los resultados con los del Hospital.																																																									
GRÁFICO																																																									
 <p>Satisfacción con el trabajo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>IPSM 2018</th> <th>IPSM 2021</th> <th>IPSM 2023</th> <th>Objetivo</th> <th>HGUGM 2018</th> <th>HGUGM 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6. FUNCIONES-RESPONSABILIDADES</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>7. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO</td> <td>45%</td> <td>65%</td> <td>90%</td> <td>70%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>8. RECURSOS</td> <td>40%</td> <td>65%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>9. TECNOLOGÍA</td> <td>65%</td> <td>80%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>45%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>10. CONDICIONES DEL TRABAJO</td> <td>40%</td> <td>65%</td> <td>90%</td> <td>70%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>11. INFORMACIÓN COMUNICACIÓN</td> <td>45%</td> <td>75%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>65%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>12. DESARROLLO PROFESIONAL</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>85%</td> <td>70%</td> <td>40%</td> <td>35%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	Objetivo	HGUGM 2018	HGUGM 2021	6. FUNCIONES-RESPONSABILIDADES	60%	70%	85%	70%	85%	90%	7. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	45%	65%	90%	70%	40%	45%	8. RECURSOS	40%	65%	85%	70%	45%	50%	9. TECNOLOGÍA	65%	80%	85%	70%	45%	40%	10. CONDICIONES DEL TRABAJO	40%	65%	90%	70%	35%	40%	11. INFORMACIÓN COMUNICACIÓN	45%	75%	85%	70%	65%	60%	12. DESARROLLO PROFESIONAL	50%	75%	85%	70%	40%	35%
Categoría	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	Objetivo	HGUGM 2018	HGUGM 2021																																																			
6. FUNCIONES-RESPONSABILIDADES	60%	70%	85%	70%	85%	90%																																																			
7. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	45%	65%	90%	70%	40%	45%																																																			
8. RECURSOS	40%	65%	85%	70%	45%	50%																																																			
9. TECNOLOGÍA	65%	80%	85%	70%	45%	40%																																																			
10. CONDICIONES DEL TRABAJO	40%	65%	90%	70%	35%	40%																																																			
11. INFORMACIÓN COMUNICACIÓN	45%	75%	85%	70%	65%	60%																																																			
12. DESARROLLO PROFESIONAL	50%	75%	85%	70%	40%	35%																																																			
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																																																								

NOMBRE DEL INDICADOR																																																																									
6.2.4. Satisfacción del personal – Percepción de factores personales																																																																									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																																																									
Satisfacción de factores personales. Se comparan los resultados con los del Hospital.																																																																									
GRÁFICO																																																																									
 <p>Satisfacción de factores personales</p> <p>El gráfico muestra la satisfacción de factores personales en el IPSM y IGUGUM para los años 2018, 2021 y 2023, comparados con un objetivo del 70%. El eje Y representa el porcentaje de satisfacción (0% a 100%). El eje X muestra los factores personales evaluados. Las barras azules representan el IPSM y las verdes el IGUGUM. Las líneas con marcadores representan los datos de los años correspondientes (2018 en amarillo, 2021 en azul, 2023 en verde) y el objetivo (línea roja horizontal).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Factor Personal</th> <th>IPSM 2018</th> <th>IPSM 2021</th> <th>IPSM 2023</th> <th>IGUGUM 2018</th> <th>IGUGUM 2021</th> <th>IGUGUM 2023</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. CAPACIDADES/DESARROLLO</td> <td>50%</td> <td>70%</td> <td>75%</td> <td>50%</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>14. ESTADO DE BIENESTAR</td> <td>50%</td> <td>65%</td> <td>75%</td> <td>65%</td> <td>60%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>15. RECONOCIMIENTO</td> <td>30%</td> <td>65%</td> <td>85%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>16. INFORMACIÓN</td> <td>45%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>45%</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>17. AMBIENTE DE TRABAJO</td> <td>60%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>60%</td> <td>55%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>18. GESTIÓN LABORAL</td> <td>50%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>50%</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>19. RECOMPENSA/RETENCIÓN</td> <td>30%</td> <td>55%</td> <td>85%</td> <td>50%</td> <td>45%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>20. SATISFACCIÓN GLOBAL</td> <td>65%</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>65%</td> <td>55%</td> <td>70%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>		Factor Personal	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	IGUGUM 2018	IGUGUM 2021	IGUGUM 2023	Objetivo	13. CAPACIDADES/DESARROLLO	50%	70%	75%	50%	45%	70%	70%	14. ESTADO DE BIENESTAR	50%	65%	75%	65%	60%	70%	70%	15. RECONOCIMIENTO	30%	65%	85%	45%	45%	70%	70%	16. INFORMACIÓN	45%	75%	75%	45%	45%	70%	70%	17. AMBIENTE DE TRABAJO	60%	75%	75%	60%	55%	70%	70%	18. GESTIÓN LABORAL	50%	75%	75%	50%	45%	70%	70%	19. RECOMPENSA/RETENCIÓN	30%	55%	85%	50%	45%	70%	70%	20. SATISFACCIÓN GLOBAL	65%	75%	75%	65%	55%	70%	70%
Factor Personal	IPSM 2018	IPSM 2021	IPSM 2023	IGUGUM 2018	IGUGUM 2021	IGUGUM 2023	Objetivo																																																																		
13. CAPACIDADES/DESARROLLO	50%	70%	75%	50%	45%	70%	70%																																																																		
14. ESTADO DE BIENESTAR	50%	65%	75%	65%	60%	70%	70%																																																																		
15. RECONOCIMIENTO	30%	65%	85%	45%	45%	70%	70%																																																																		
16. INFORMACIÓN	45%	75%	75%	45%	45%	70%	70%																																																																		
17. AMBIENTE DE TRABAJO	60%	75%	75%	60%	55%	70%	70%																																																																		
18. GESTIÓN LABORAL	50%	75%	75%	50%	45%	70%	70%																																																																		
19. RECOMPENSA/RETENCIÓN	30%	55%	85%	50%	45%	70%	70%																																																																		
20. SATISFACCIÓN GLOBAL	65%	75%	75%	65%	55%	70%	70%																																																																		
RESPONSABLE	Comisión de Asistencia y Calidad																																																																								

6.3. Resultados de percepción de inversores y reguladores.

NOMBRE DEL INDICADOR																									
6.3.1. Satisfacción Oficina Regional Salud Mental																									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																									
<p>La encuesta de percepción a la Oficina Regional de Salud Mental se realizó también de forma digital, incorporando las siguientes preguntas:</p> <p>P1. Reputación P2. Ética e integridad P3. Sostenibilidad P4. Transparencia P5. Innovación, investigación y la docencia. P6. Participación en las Comisiones y Grupos de Trabajo. P7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años. P8. Grado de adaptabilidad a la pandemia por Covid-19. P9. Eficiencia y gestión de recursos asignados. P10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente. P11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSMarañón.</p> <p>Los resultados nos confirman la percepción que ya tenía el equipo de Dirección y que las propias entidades han manifestado en muchas ocasiones.</p>																									
GRÁFICO																									
 <table border="1"> <caption>OFICINA REGIONAL SALUD MENTAL</caption> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM</td><td>8</td></tr> <tr><td>2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM</td><td>8</td></tr> <tr><td>3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERENAS</td><td>8</td></tr> <tr><td>4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM</td><td>8</td></tr> <tr><td>5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia</td><td>8</td></tr> <tr><td>6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.</td><td>8</td></tr> <tr><td>7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años</td><td>8</td></tr> <tr><td>8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19</td><td>8</td></tr> <tr><td>9. Eficiencia y gestión de recursos asignados</td><td>8</td></tr> <tr><td>10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente</td><td>8</td></tr> <tr><td>11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		Indicador	Puntuación	1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM	8	2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM	8	3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERENAS	8	4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM	8	5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia	8	6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.	8	7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años	8	8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19	8	9. Eficiencia y gestión de recursos asignados	8	10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente	8	11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM	8
Indicador	Puntuación																								
1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM	8																								
2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM	8																								
3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERENAS	8																								
4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM	8																								
5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia	8																								
6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.	8																								
7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años	8																								
8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19	8																								
9. Eficiencia y gestión de recursos asignados	8																								
10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente	8																								
11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM	8																								
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																								

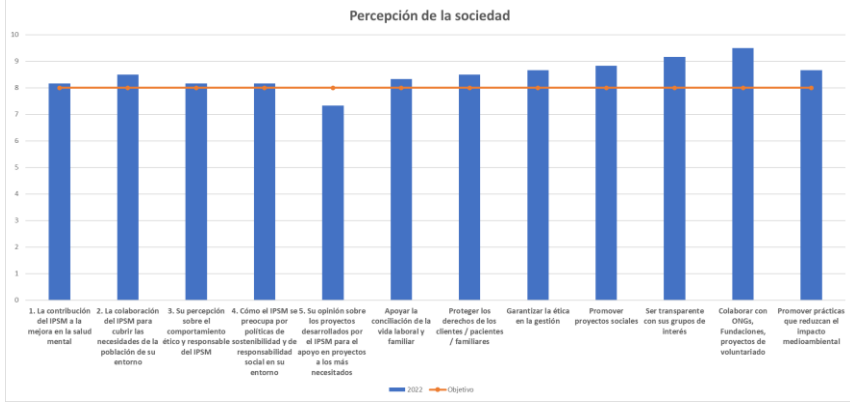
NOMBRE DEL INDICADOR																									
6.3.2. Satisfacción Gerencia Asistencial de Atención Primaria																									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																									
<p>La encuesta de percepción a la Gerencia Asistencial de Atención Primaria se realizó también de forma digital, incorporando las siguientes preguntas:</p> <p>P1. Reputación P2. Ética e integridad P3. Sostenibilidad P4. Transparencia P5. Innovación, investigación y la docencia. P6. Participación en las Comisiones y Grupos de Trabajo. P7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años. P8. Grado de adaptabilidad a la pandemia por Covid-19. P9. Eficiencia y gestión de recursos asignados. P10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente. P11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSMarañón .</p> <p>Los resultados nos confirman la percepción que ya tenía el equipo de Dirección y que las propias entidades han manifestado en muchas ocasiones.</p>																									
GRÁFICO																									
 <table border="1"> <caption>GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA</caption> <thead> <tr> <th>Indicador</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERMAS</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>9. Eficiencia y gestión de recursos asignados</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Indicador	Puntuación	1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM	10	2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM	10	3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERMAS	6	4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM	8	5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia	9	6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.	8	7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años	8	8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19	8	9. Eficiencia y gestión de recursos asignados	8	10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente	8	11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM	8
Indicador	Puntuación																								
1. Percepción sobre la reputación actual del IPSM	10																								
2. Opinión sobre la ética e integridad del IPSM	10																								
3. Contribución del IPSM a la sostenibilidad del SERMAS	6																								
4. Transparencia de la información facilitada por el IPSM	8																								
5. Contribución del IPSM en el ámbito de la innovación, la investigación y la docencia	9																								
6. Participación y dedicación en las Comisiones y Grupos de Trabajo de la Consejería de Sanidad.	8																								
7. Compromiso y avance en calidad asistencial y seguridad clínica en los últimos 4 años	8																								
8. Grado de adaptabilidad del IPSM a la pandemia por Covid-19	8																								
9. Eficiencia y gestión de recursos asignados	8																								
10. Impulso de estrategias y proyectos en humanización y atención al paciente	8																								
11. Grado de satisfacción, en general, con el desempeño del IPSM	8																								
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																								

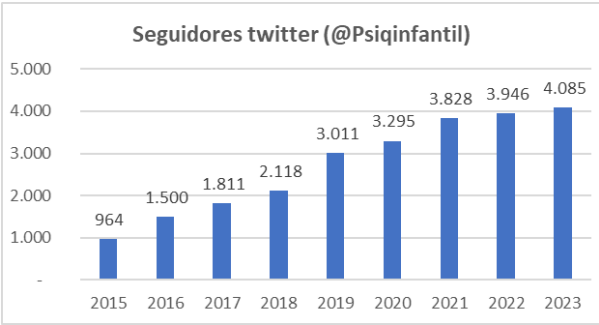
6.4. Resultados de percepción de la sociedad

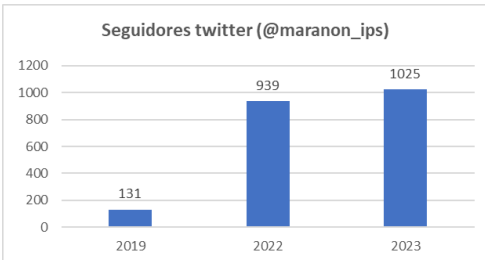
NOMBRE DEL INDICADOR						
6.4.1. Ranking MRS – Monitor Reputación Sanitaria						
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR						
La percepción de la sociedad en el entorno sanitario viene reflejada principalmente por el ranking MRS que se realizan a nivel nacional; el IPSMarañón se consolida como el primer servicio a nivel nacional, durante todos los años de edición del ranking. Se muestra el resultado del ranking del IPSMarañón en los últimos 5 años.						
GRÁFICO						
MRS Ranking por Servicios	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ranking Psiquiatría	1	1	1	1	1	1
RESPONSABLE	Comisión de Dirección					

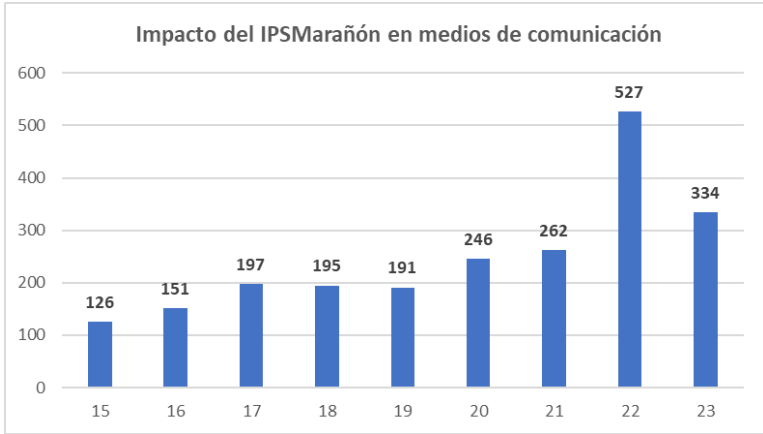
NOMBRE DEL INDICADOR	
6.4.2. Ranking MRS – Monitor Reputación Sanitaria - Gestión clínica Covid	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
En cuanto a la percepción de la sociedad sobre la gestión de la crisis, el Hospital obtiene el mayor reconocimiento a la Gestión clínica durante la pandemia, en parte muy influenciado por la actuación decisiva del IPSMarañón en el apoyo en terapias.	
GRÁFICO	
Ranking MRS Gestión Clínica Covid	
1º	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN
2º	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ
3º	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
4º	HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON
5º	HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR						
6.4.3. Índice Excelencia Hospitalaria						
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR						
También la percepción de la sociedad en nuestro ecosistema se valora a través del Índice de Excelencia Hospitalaria desde el año 2018. El Instituto también se posiciona en el primer lugar en la sociedad, en los últimos 5 años.						
GRÁFICO						
IEH por Servicios	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ranking Psiquiatría	1	1	1	1	1	1
RESPONSABLE	Comisión de Dirección					

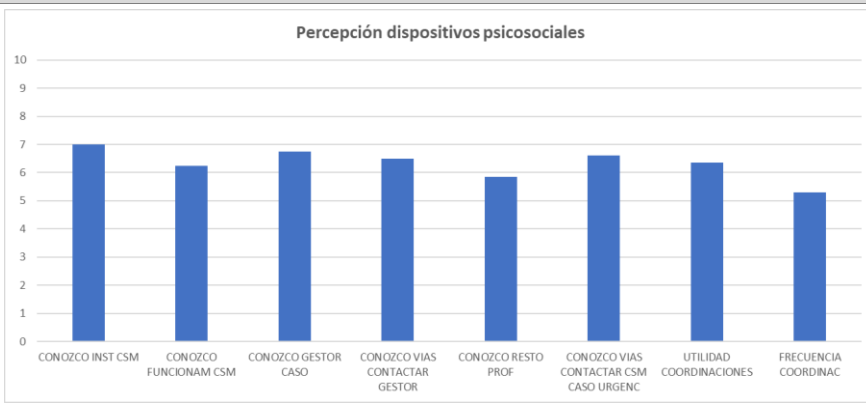
NOMBRE DEL INDICADOR																																								
6.4.4. Percepción de la Sociedad – Comisión de Usuarios																																								
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																																								
Percepción de la Comisión de Usuarios sobre aspectos de impacto social																																								
GRÁFICO																																								
<p style="text-align: center;">Percepción de la sociedad</p>  <table border="1"> <caption>Data for 'Percepción de la sociedad' chart</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2022</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. La contribución del IPSM a la mejora en la salud mental</td><td>8.2</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>2. La colaboración del IPSM para cubrir las necesidades de la población de su entorno</td><td>8.5</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>3. Su percepción sobre el comportamiento ético y responsable del IPSM</td><td>8.1</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>4. Cómo el IPSM se preocupa por políticas de sostenibilidad y de responsabilidad social en su entorno</td><td>8.1</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>5. Su opinión sobre los proyectos desarrollados por el IPSM para el apoyo en proyectos a los más necesitados</td><td>7.2</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Apoyar la conciliación de la vida laboral y familiar</td><td>8.3</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Proteger los derechos de los clientes / pacientes / familiares</td><td>8.4</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Garantizar la ética en la gestión</td><td>8.6</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Promover proyectos sociales</td><td>8.8</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Ser transparente con sus grupos de interés</td><td>9.1</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Colaborar con ONGs, Fundaciones, proyectos de voluntariado</td><td>9.5</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>Promover prácticas que reduzcan el impacto medioambiental</td><td>8.7</td><td>8.0</td></tr> </tbody> </table>		Categoría	2022	Objetivo	1. La contribución del IPSM a la mejora en la salud mental	8.2	8.0	2. La colaboración del IPSM para cubrir las necesidades de la población de su entorno	8.5	8.0	3. Su percepción sobre el comportamiento ético y responsable del IPSM	8.1	8.0	4. Cómo el IPSM se preocupa por políticas de sostenibilidad y de responsabilidad social en su entorno	8.1	8.0	5. Su opinión sobre los proyectos desarrollados por el IPSM para el apoyo en proyectos a los más necesitados	7.2	8.0	Apoyar la conciliación de la vida laboral y familiar	8.3	8.0	Proteger los derechos de los clientes / pacientes / familiares	8.4	8.0	Garantizar la ética en la gestión	8.6	8.0	Promover proyectos sociales	8.8	8.0	Ser transparente con sus grupos de interés	9.1	8.0	Colaborar con ONGs, Fundaciones, proyectos de voluntariado	9.5	8.0	Promover prácticas que reduzcan el impacto medioambiental	8.7	8.0
Categoría	2022	Objetivo																																						
1. La contribución del IPSM a la mejora en la salud mental	8.2	8.0																																						
2. La colaboración del IPSM para cubrir las necesidades de la población de su entorno	8.5	8.0																																						
3. Su percepción sobre el comportamiento ético y responsable del IPSM	8.1	8.0																																						
4. Cómo el IPSM se preocupa por políticas de sostenibilidad y de responsabilidad social en su entorno	8.1	8.0																																						
5. Su opinión sobre los proyectos desarrollados por el IPSM para el apoyo en proyectos a los más necesitados	7.2	8.0																																						
Apoyar la conciliación de la vida laboral y familiar	8.3	8.0																																						
Proteger los derechos de los clientes / pacientes / familiares	8.4	8.0																																						
Garantizar la ética en la gestión	8.6	8.0																																						
Promover proyectos sociales	8.8	8.0																																						
Ser transparente con sus grupos de interés	9.1	8.0																																						
Colaborar con ONGs, Fundaciones, proyectos de voluntariado	9.5	8.0																																						
Promover prácticas que reduzcan el impacto medioambiental	8.7	8.0																																						
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																																							

NOMBRE DEL INDICADOR																					
6.4.5. Percepción de la Sociedad – Seguidores en Twitter Psiquiatría infantil																					
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																					
Número de seguidores en twitter del área infantil																					
GRÁFICO																					
 <table border="1"> <caption>Seguidores twitter (@Psiquinfantil)</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Seguidores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2015</td><td>964</td></tr> <tr><td>2016</td><td>1.500</td></tr> <tr><td>2017</td><td>1.811</td></tr> <tr><td>2018</td><td>2.118</td></tr> <tr><td>2019</td><td>3.011</td></tr> <tr><td>2020</td><td>3.295</td></tr> <tr><td>2021</td><td>3.828</td></tr> <tr><td>2022</td><td>3.946</td></tr> <tr><td>2023</td><td>4.085</td></tr> </tbody> </table>		Año	Seguidores	2015	964	2016	1.500	2017	1.811	2018	2.118	2019	3.011	2020	3.295	2021	3.828	2022	3.946	2023	4.085
Año	Seguidores																				
2015	964																				
2016	1.500																				
2017	1.811																				
2018	2.118																				
2019	3.011																				
2020	3.295																				
2021	3.828																				
2022	3.946																				
2023	4.085																				
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																				

NOMBRE DEL INDICADOR									
6.4.6. Percepción de la Sociedad – Seguidores en twitter Instituto Psiquiatría									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR									
N.º de seguidores en twitter del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Marañón									
GRÁFICO									
 <table border="1"> <caption>Seguidores twitter (@maranon_ips)</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Seguidores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2019</td><td>131</td></tr> <tr><td>2022</td><td>939</td></tr> <tr><td>2023</td><td>1025</td></tr> </tbody> </table>		Año	Seguidores	2019	131	2022	939	2023	1025
Año	Seguidores								
2019	131								
2022	939								
2023	1025								
RESPONSABLE	Comisión de Dirección								

NOMBRE DEL INDICADOR																					
6.4.7. Percepción de la Sociedad – Impactos positivos en medios de comunicación																					
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																					
N.º de impactos positivos del IPSMarañón en medios de comunicación																					
GRÁFICO																					
 <table border="1"> <caption>Impacto del IPSMarañón en medios de comunicación</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>N.º de impactos positivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>15</td><td>126</td></tr> <tr><td>16</td><td>151</td></tr> <tr><td>17</td><td>197</td></tr> <tr><td>18</td><td>195</td></tr> <tr><td>19</td><td>191</td></tr> <tr><td>20</td><td>246</td></tr> <tr><td>21</td><td>262</td></tr> <tr><td>22</td><td>527</td></tr> <tr><td>23</td><td>334</td></tr> </tbody> </table>		Año	N.º de impactos positivos	15	126	16	151	17	197	18	195	19	191	20	246	21	262	22	527	23	334
Año	N.º de impactos positivos																				
15	126																				
16	151																				
17	197																				
18	195																				
19	191																				
20	246																				
21	262																				
22	527																				
23	334																				
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																				

6.5. Resultados de percepción de partners y proveedores.

NOMBRE DEL INDICADOR																			
6.5.1. Percepción de dispositivos psicosociales																			
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																			
Satisfacción de los profesionales de los dispositivos psicosociales con el IPSMarañón.																			
GRÁFICO																			
<p style="text-align: center;">Percepción dispositivos psicosociales</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONOZCO INST CSM</td> <td>7.0</td> </tr> <tr> <td>CONOZCO FUNCIONAM CSM</td> <td>6.2</td> </tr> <tr> <td>CONOZCO GESTOR CASO</td> <td>6.8</td> </tr> <tr> <td>CONOZCO VIAS CONTACTAR GESTOR</td> <td>6.5</td> </tr> <tr> <td>CONOZCO RESTO PROF</td> <td>5.8</td> </tr> <tr> <td>CONOZCO VIAS CONTACTAR CSM CASO URGENC</td> <td>6.7</td> </tr> <tr> <td>UTILIDAD COORDINACIONES</td> <td>6.4</td> </tr> <tr> <td>FRECUENCIA COORDINAC</td> <td>5.3</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	Puntuación	CONOZCO INST CSM	7.0	CONOZCO FUNCIONAM CSM	6.2	CONOZCO GESTOR CASO	6.8	CONOZCO VIAS CONTACTAR GESTOR	6.5	CONOZCO RESTO PROF	5.8	CONOZCO VIAS CONTACTAR CSM CASO URGENC	6.7	UTILIDAD COORDINACIONES	6.4	FRECUENCIA COORDINAC	5.3
Categoría	Puntuación																		
CONOZCO INST CSM	7.0																		
CONOZCO FUNCIONAM CSM	6.2																		
CONOZCO GESTOR CASO	6.8																		
CONOZCO VIAS CONTACTAR GESTOR	6.5																		
CONOZCO RESTO PROF	5.8																		
CONOZCO VIAS CONTACTAR CSM CASO URGENC	6.7																		
UTILIDAD COORDINACIONES	6.4																		
FRECUENCIA COORDINAC	5.3																		
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																		

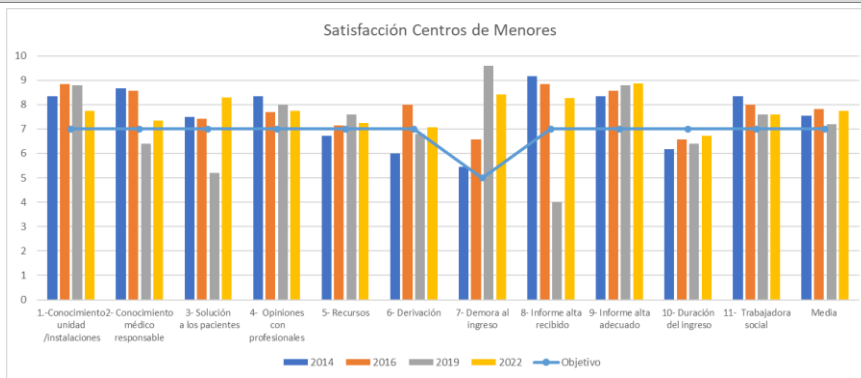
NOMBRE DEL INDICADOR

6.5.2. Percepción de Centros de Menores

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Satisfacción de los responsables de los Centros de Menores con la atención recibida en el IPSMarañón por los menores que residen en estos centros.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

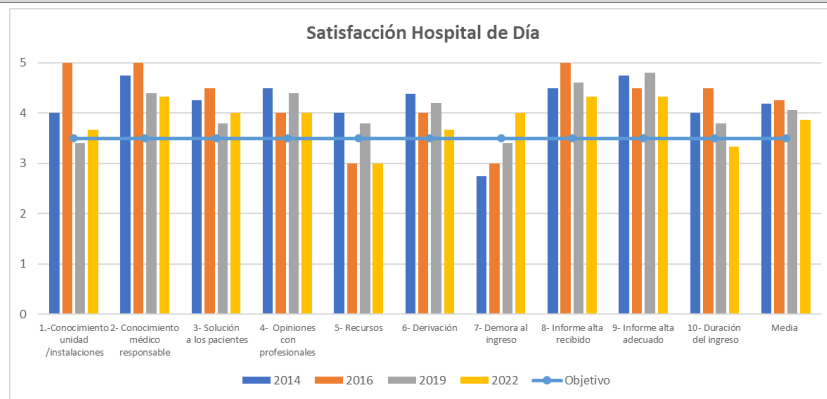
NOMBRE DEL INDICADOR

6.5.3. Percepción de Hospital de día de Menores

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

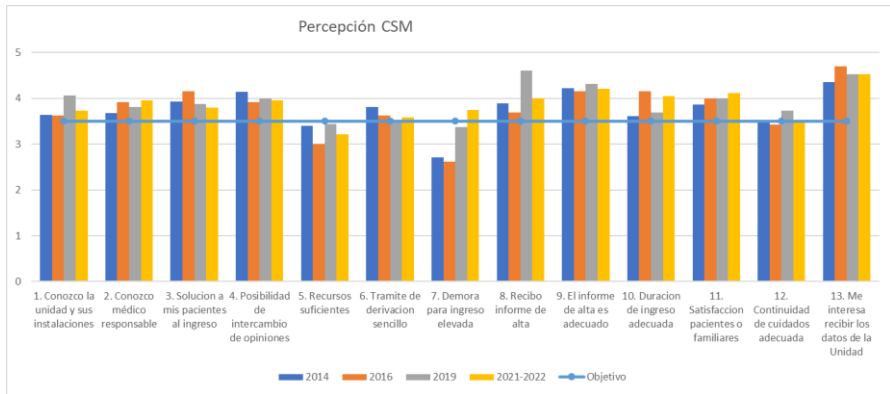
Satisfacción de los profesionales de los Hospitales de día con la asistencia recibida en el IPSMarañón por los pacientes que están en tratamiento en estos dispositivos

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR	
6.5.4. Percepción de Centros de Salud Mental (CSM)	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
Satisfacción de los profesionales de los CSM con la asistencia recibida durante el ingreso en el IPSMarañón de los pacientes en seguimiento en estos dispositivos	
GRÁFICO	
 <p>Percepción CSM</p> <p> 1. Conozco la unidad y sus instalaciones 2. Conozco al médico responsable 3. Soluciono mis pacientes al ingreso 4. Posibilidad de intercambio de opiniones 5. Recursos suficientes 6. Tramite de derivación sencillo 7. Demora para ingreso elevada 8. Recibo informe de alta 9. El informe de alta es adecuado 10. Duracion de ingreso adecuada 11. Satisfacción pacientes o familiares 12. Continuidad de cuidados adecuada 13. Me interesa recibir los datos de la Unidad </p> <p> ■ 2014 ■ 2016 ■ 2019 ■ 2021-2022 — Objetivo </p>	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección

RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

CRITERIO 7 – RENDIMIENTO ESTRATÉGICO Y OPERATIVO

RESUMEN

Los cuadros de mando que utilizamos nos permiten estructurar la información de resultados para poder realizar una monitorización y seguimiento de forma continuada y estructurada. El cuadro de mando está formado por aproximadamente 50 indicadores y dispone de la siguiente metodología:

- Indicador
- Línea estratégica con la que se relaciona
- Objetivo
- Responsable

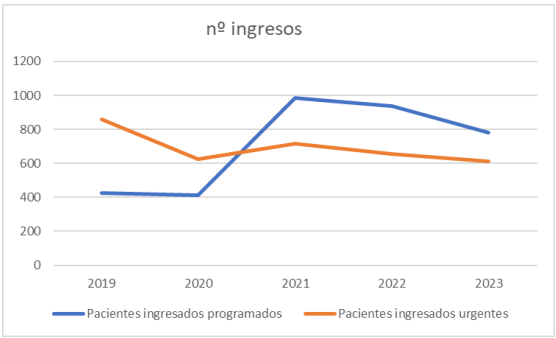
Nuestros resultados estratégicos y operativos reflejan el grado de consecución de nuestros principales objetivos. En este criterio incluimos un resumen de los indicadores más relevantes, clasificándolos de la siguiente manera:

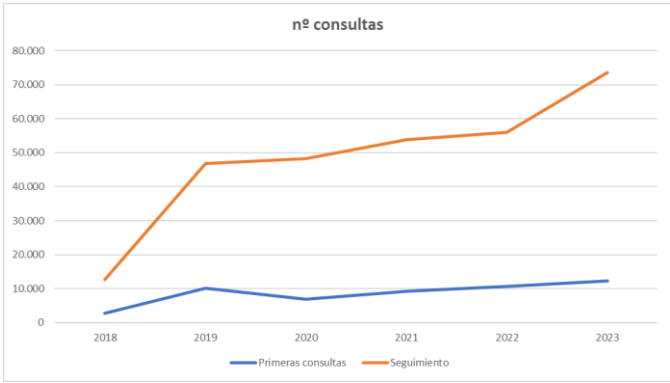
a. Logros alcanzados en la consecución del propósito, estrategia y la creación de valor sostenible

Incluimos el resumen de los resultados de los principales indicadores que evalúan el cumplimiento y evolución de nuestras líneas estratégicas:

- 1. Avanzar en el desarrollo del sistema organizativo y de gestión: liderazgo, integración y cohesión de los distintos servicios, comunicación interna, espacios.**
 - 7.1. nº ingresos
 - 7.2. nº consultas
 - 7.3. nº interconsultas.
- 2. Mejorar la continuidad de la atención y la coordinación y satisfacción de otros recursos con el Instituto**
 - Los incluidos en 6.3, 6.4, 6.5, que demuestran la satisfacción de los distintos recursos con el Instituto.
 - 7.4% informes de continuidad asistencial en HORUS.
- 3. Ampliación y mejora de la cartera de servicios**
 - 7.5. Nº de programas desarrollados.
- 4. Eficiencia y agilidad en funcionamiento**
 - 7.6. IEMA (Índice de estancia media ajustada)
 - 7.7. Nº profesionales evaluados por competencias
- 5. Personal: mejorar la satisfacción laboral, la seguridad y promover la formación continuada**
 - todos los incluidos en el criterio 6.2. sobre satisfacción del personal.
 - 7.8. Situaciones conflictivas
 - Todos los incluidos en el apartado c. de cumplimiento de expectativas de personas (7c - formación)
- 6. Mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente**
 - 7.9. Valoración de riesgo de caídas
 - 7.10. Valoración de riesgo de UPPs
 - 7.11. Valoración nutricional al ingreso
 - 7.12. Valoración del dolor
 - 7.13. Valoración del riesgo social
 - 7.14. Valoraciones de enfermería al ingreso
 - 7.15. Notificaciones de seguridad
 - 7.16. Sujeciones
 - 7.17. Sujeciones por paciente
 - 7.18. Tiempo medio de sujeciones
 - 7.19. Incidencia de caídas
- 7. Potenciar el programa docente**
 - 7.20. Nº de residentes que rotan

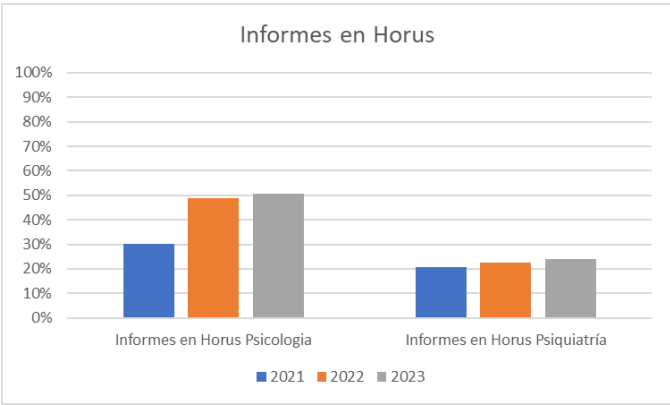
-
- Todos los incluidos en 6.1. relativos a la satisfacción de los residentes (6.1.13, 6.1.14, 6.1.15)
- 8. Potenciar la investigación y la innovación**
- 7.21. Nº publicaciones
 - 7.22. % publicaciones en 1º cuartil y 1º decil
 - 7.23. Factor de impacto
 - Todos los incluidos en el apartado c. de cumplimiento de expectativas de sociedad (investigación)
- 9. Impacto social: visibilidad, presencia en foros, comunicación de resultados, compromiso contra el estigma**
- Todos los incluidos en el apartado c. de cumplimiento de expectativas de sociedad (impacto social)
- 10. Dar voz y escuchar a los pacientes y sus familias**
- Todos los incluidos en 6.1 relativos a pacientes y familias.
- b. Rendimiento económico-financiero**
- 7.24. Financiación para proyectos de investigación
- c. Cumplimiento de las expectativas de los grupos de interés clave**
- **Clientes**
 - 7.25. Índice de reclamaciones
 - 7.26. Reclamaciones contestadas en menos de 15 días.
 - **Personas**
 - 7.27. Formación - nº de horas de formación continuada
 - 7.28. Formación – nº de cursos de formación continuada
 - **Reguladores**
 - 7.29. Cumplimiento de objetivos Contrato Programa
 - Percepción de los reguladores (ver 6.3.)
 - **Sociedad**
 - Docencia
 - Residentes. Ver indicadores en L 7. Potenciar la docencia (7.20)
 - Investigación
 - Ver indicadores en L 8. Potenciar la investigación y la innovación (7.21, 7.22, 7.23)
 - Impacto social
 - Impacto en medios de comunicación (ver 6.4)
 - Impacto en redes sociales (ver 6.4)
 - Nº reconocimientos/premios (7.30)
 - **Partners/proveedores**
 - Percepción de los partners (ver 6.5)
- d. Logros en la gestión del funcionamiento y la transformación**
- 7.31. Nº consultas no presenciales
 - 7.32. Nº e-consultas
-

NOMBRE DEL INDICADOR																			
7.1. Número de ingresos																			
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																			
Número de ingresos del Instituto. La actividad es creciente en los últimos años.																			
GRÁFICO																			
 <table border="1"> <caption>nº ingresos</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Pacientes ingresados programados</th> <th>Pacientes ingresados urgentes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>420</td> <td>850</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>400</td> <td>620</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>980</td> <td>720</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>950</td> <td>650</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>780</td> <td>600</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Pacientes ingresados programados	Pacientes ingresados urgentes	2019	420	850	2020	400	620	2021	980	720	2022	950	650	2023	780	600
Año	Pacientes ingresados programados	Pacientes ingresados urgentes																	
2019	420	850																	
2020	400	620																	
2021	980	720																	
2022	950	650																	
2023	780	600																	
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																		

NOMBRE DEL INDICADOR																						
7.2. Número de consultas																						
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR																						
Número de consultas del Instituto. La actividad es creciente en los últimos años.																						
GRÁFICO																						
 <table border="1"> <caption>nº consultas</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Primeras consultas</th> <th>Seguimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>2,000</td> <td>12,000</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>10,000</td> <td>46,000</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>6,000</td> <td>48,000</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>8,000</td> <td>53,000</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>10,000</td> <td>56,000</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>12,000</td> <td>73,000</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Primeras consultas	Seguimiento	2018	2,000	12,000	2019	10,000	46,000	2020	6,000	48,000	2021	8,000	53,000	2022	10,000	56,000	2023	12,000	73,000
Año	Primeras consultas	Seguimiento																				
2018	2,000	12,000																				
2019	10,000	46,000																				
2020	6,000	48,000																				
2021	8,000	53,000																				
2022	10,000	56,000																				
2023	12,000	73,000																				
RESPONSABLE	Comisión de Dirección																					

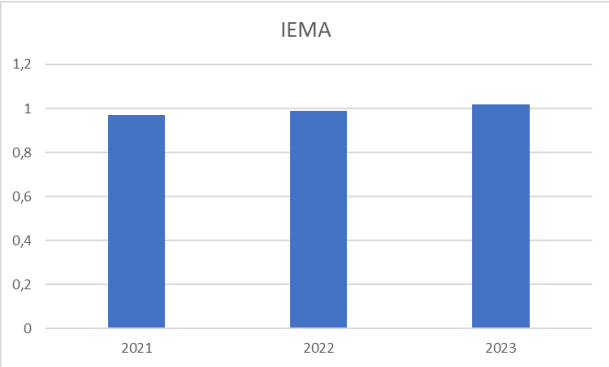
NOMBRE DEL INDICADOR													
7.3. Número de interconsultas													
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR													
El número de interconsultas también sigue tendencias positivas de crecimiento en general.													
GRÁFICO													
 <table border="1"> <caption>Interconsultas</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Número de interconsultas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>2500</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>3200</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>2300</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>3600</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>3600</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Número de interconsultas	2019	2500	2020	3200	2021	2300	2022	3600	2023	3600
Año	Número de interconsultas												
2019	2500												
2020	3200												
2021	2300												
2022	3600												
2023	3600												
RESPONSABLE	Comisión de Dirección												

Comentado [MOU1]: Julio, he visto que no tenemos un indicador que sea número de consultas. No tiene ningún sentido que estén las interconsultas y las consultas telemáticas y no las consultas generales. Por favor, inclúyelo como creas que queda mejor y te paso los datos de los últimos 3 años

NOMBRE DEL INDICADOR													
7.4. Informes de continuidad asistencial en HORUS													
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR													
Los informes incluidos en HORUS (plataforma informática que permite a los profesionales del SERMAS compartir información clínica de los pacientes) permite garantizar la continuidad asistencial y el acceso a la información clínica. El indicador refleja el porcentaje de consultas de las que hay un informe en HORUS en consultas externas.													
GRÁFICO													
 <table border="1"> <caption>Informes en Horus</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Informes en Horus Psicología</td> <td>30%</td> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Informes en Horus Psiquiatría</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>25%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoría	2021	2022	2023	Informes en Horus Psicología	30%	50%	50%	Informes en Horus Psiquiatría	20%	25%	25%
Categoría	2021	2022	2023										
Informes en Horus Psicología	30%	50%	50%										
Informes en Horus Psiquiatría	20%	25%	25%										
RESPONSABLE	Comisión de Dirección												

NOMBRE DEL INDICADOR
7.5. Número de programas desarrollados
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
<p>Se incluyen los nuevos programas desarrollados desde 2018, cuando se empieza a organizar la actividad como Instituto. Son los siguientes:</p> <p>2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRISMA • Diagnóstico Complejo TEA <p>2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Enfermera Comunitaria • Programa de Enfermera de Enlace <p>2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de enfermera de salud mental en Urgencias, • Programa de salud mental perinatal. <p>2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización abierta. • Programa alto riesgo psicosis • Alianza estratégica con H. U. del Sureste. <p><u>Programas de Interconsulta y Enlace 2021:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Psicooncología (2021). • Programa de Intervención Psiquiátrica y Psicológica en el CEIMI (Centro de Enfermedades Inflamatorias Mediadas por la Inmunidad). (2021). <p>2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización a Domicilio Adultos • AdCom • Programa de Salud Mental en las escuelas. • Alianza estratégica con H. U. Santa Cristina para atención a TCA y • Alianza estratégica con H. U. de Getafe para atención a pacientes con TEA. <p><u>Programas de Interconsulta y Enlace 2022</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Evaluación de Trasplantes. Protocolo de evaluación de trasplante renal de donante vivo. (2022) • Programa de Intervención Psicológica en Rehabilitación Cardíaca. (2022). <p><u>Programas desarrollados con motivo de la pandemia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de atención psicológica al personal sanitario. (2020). Sigue activo. • Programa de atención COVID POST-UCI. (2020). Sigue activo. • Programa de estimulación cognitiva. (2020). Sigue activo. <p><u>2023:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización a Domicilio Niños y Adolescentes • Programa de Salud Mental en las Escuelas de Educación Especial

RESPONSABLE	Comisión de Dirección
--------------------	-----------------------

NOMBRE DEL INDICADOR									
7.6. IEMA (Índice de estancia media ajustada)									
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR									
El IEMA es un indicador de eficiencia, significando un índice global inferior a 1, un funcionamiento más eficiente respecto al año anterior.									
 <table border="1"> <caption>IEMA</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Índice</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2021</td> <td>0,95</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>1,02</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Índice	2021	0,95	2022	0,98	2023	1,02
Año	Índice								
2021	0,95								
2022	0,98								
2023	1,02								
RESPONSABLE	Comisión de Dirección								

Comentado [MOU2]: Julio, esta gráfica hay que hacerla con valores de 0 a 1 a la izquierda, para que quede claro que el IEMA es prácticamente 1, con pequeñas variaciones, todos los años (aquí realmente no queremos disminuir, pero tampoco puede parecer que aumenta tanto)

Comentado [JG3R2]: hecho

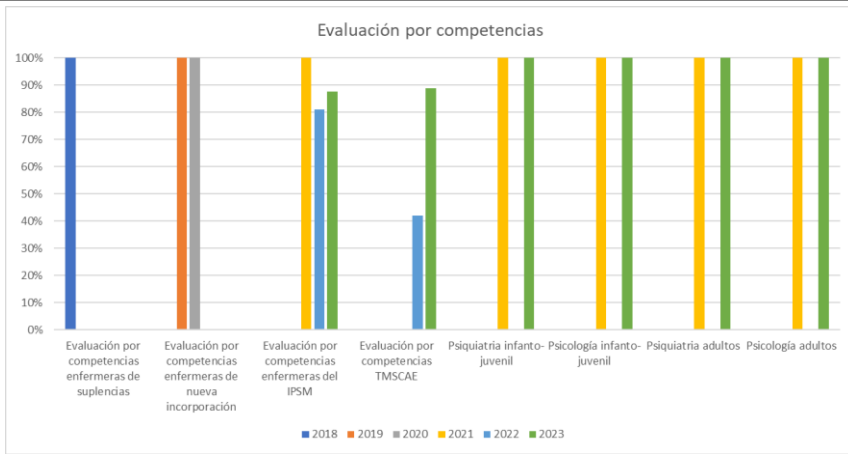
NOMBRE DEL INDICADOR

7.7. Número de profesionales evaluados por competencias

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

La mayoría del personal de enfermería ha sido evaluado, tanto para personal de suplencias, como de nueva incorporación y el personal del Instituto, en general. El objetivo es evaluar al menos al 90% del personal.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

Comentado [MR4]: En 2023 se hicieron las competencias de psiquiatras y psicólogos tanto de infanto-juvenil como de adultos (el 100% en todos los casos), hay que añadir las barras

Comentado [JG5R4]: hecho

Comentado [MOU6]: Julio, he visto que has añadido las 2 evaluaciones de psiquiatras y psicólogos de infanto juvenil, pero FALTAN las de psiquiatras y psicólogos de adultos

Comentado [JG7R6]: hecho

NOMBRE DEL INDICADOR

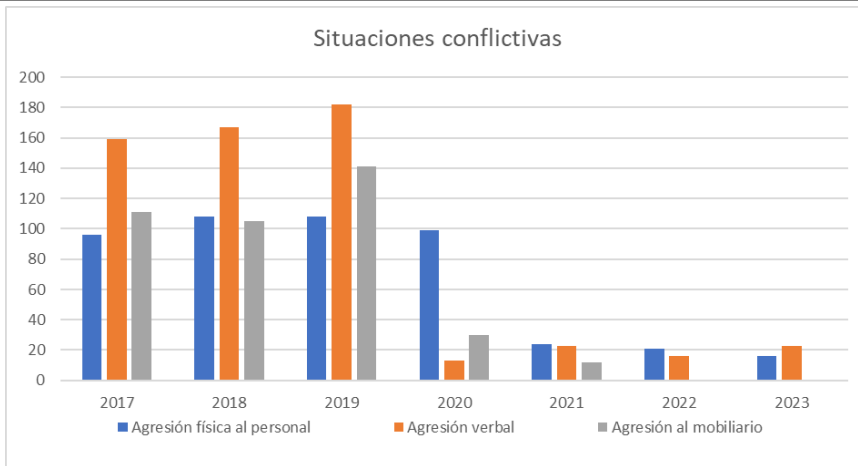
7.8. Situaciones conflictivas

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Las situaciones conflictivas se categorizan en agresión física al personal, agresión verbal y agresión al mobiliario. Las tendencias en los 3 casos son muy positivas.

Se lleva a cabo registro y se analiza la evolución de las principales situaciones conflictivas que se pueden presentar. En 2021 se puso en marcha una Unidad de Hospitalización Abierta y se ha firmado un convenio para acompañamiento especializado de pacientes con autismo durante los ingresos en psiquiatría como áreas de mejora para disminuir las situaciones conflictivas.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR

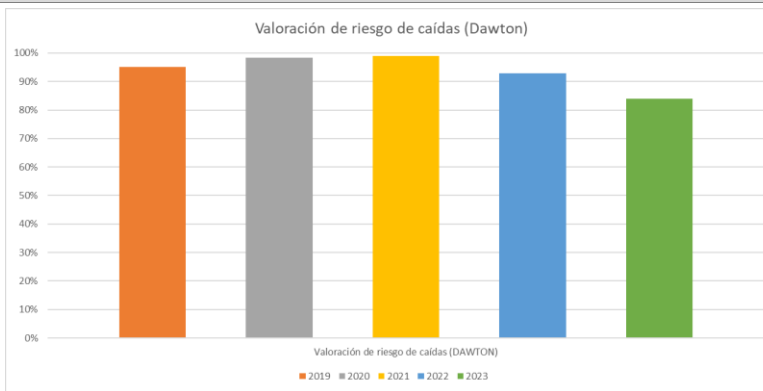
7.9. Valoración de riesgo de caídas

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el porcentaje de cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas, que es un indicador importante para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

El objetivo se marca en un 95% al menos, alcanzándose la mayoría de los años.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

NOMBRE DEL INDICADOR

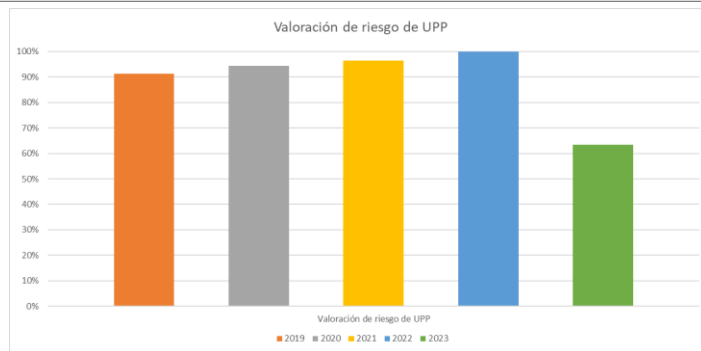
7.10. Valoración de riesgo de úlceras por presión (UPPs)

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el % de cumplimiento de la valoración del riesgo de úlceras por presión, que es un indicador importante para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

El objetivo se marca en un 95% al menos, alcanzándose la mayoría de los años.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

NOMBRE DEL INDICADOR

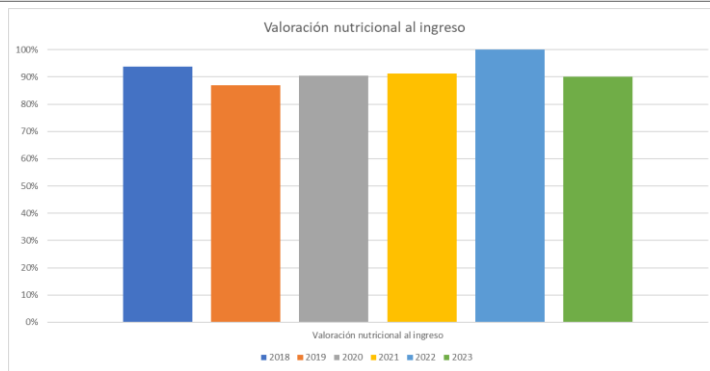
7.11. Valoración nutricional al ingreso

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el % de cumplimiento de la valoración nutricional, que es un indicador importante para la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Se mejora mucho en el último año.

El objetivo se marca en un 95% al menos, alcanzándose la mayoría de los años.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

NOMBRE DEL INDICADOR

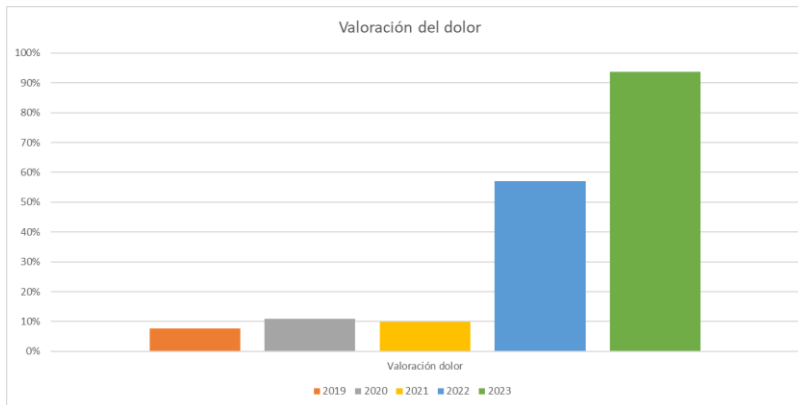
7.12. Valoración del dolor

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el % de cumplimiento de la valoración del dolor, que es un indicador importante para la seguridad del paciente y la calidad asistencial. También se ha mejorado mucho el último año.

El objetivo se marca en un 60% al menos, habiendo mejorado mucho en el último año.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

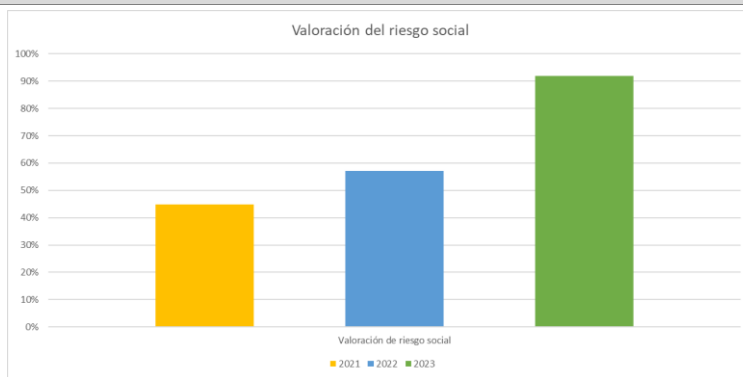
NOMBRE DEL INDICADOR

7.13. Valoración del riesgo social

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el % de cumplimiento de la valoración del riesgo social, que se puso en marcha en el año 2021. El objetivo es el 50% al menos.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

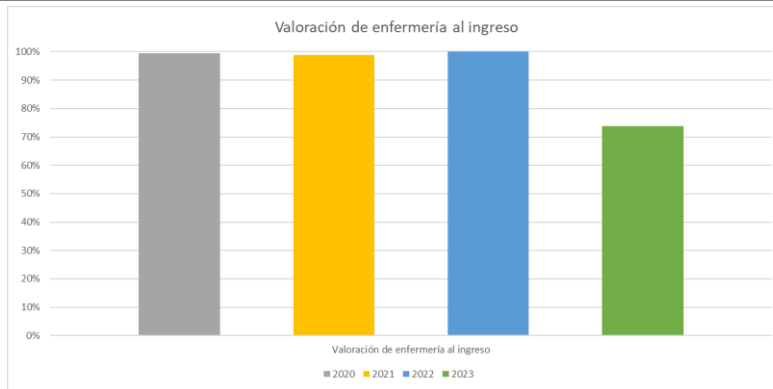
NOMBRE DEL INDICADOR

7.14. Valoraciones de enfermería al ingreso

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El indicador establece el % de cumplimiento de la valoración de enfermería al ingreso, cumpliendo casi el 100% de los casos todos los años. El objetivo es el 100%, consiguiéndose la mayoría de los años.



RESPONSABLE

Jefa de Enfermería

NOMBRE DEL INDICADOR

7.15. Notificaciones de seguridad

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

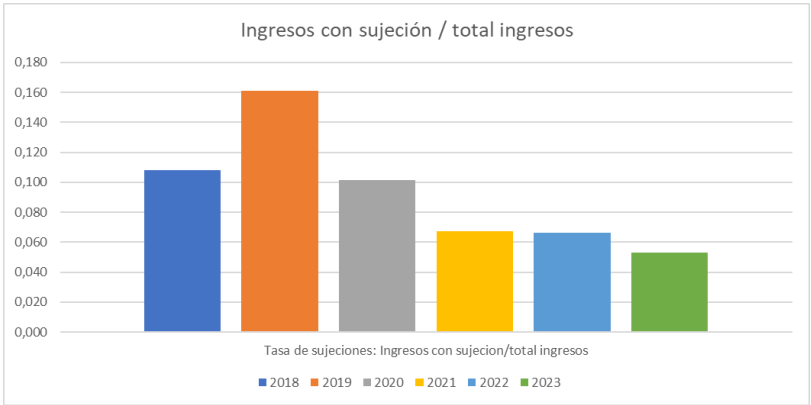
Otro de los aspectos clave para la seguridad de los pacientes es identificar y notificar por parte de nuestro personal los incidentes de seguridad que se producen. Desde el año 2016 se están potenciando los sistemas de seguridad del paciente, habiéndose creado un grupo de trabajo al efecto que se reúne de manera quincenal. La evolución positiva de los resultados (salvo en los años 2020 y 2021 debido en gran medida a la pandemia por Covid-19), nos muestra el calado de la cultura de seguridad en el Instituto.

GRÁFICO



RESPONSABLE

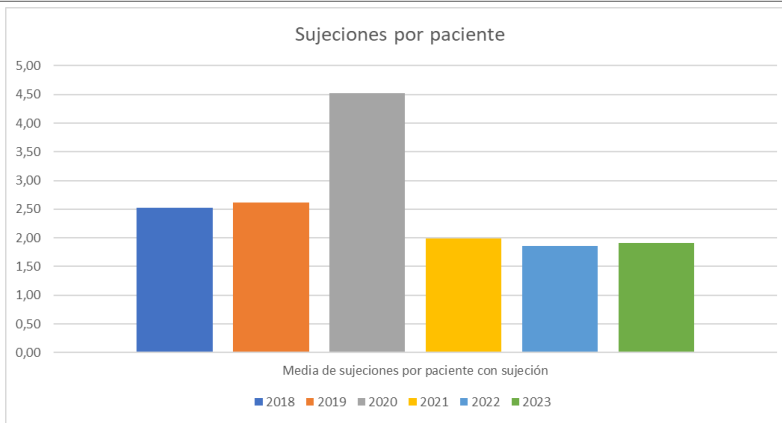
Grupo de referentes de seguridad

NOMBRE DEL INDICADOR															
7.16. Sujeciones / total de ingresos															
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR															
<p>En el IPSMarañón se realiza registro y seguimiento de la práctica de sujeciones, con un histórico de registros desde 2013. El principal objetivo es monitorizar el uso adecuado de las mismas y establecer estrategias en el manejo de los pacientes que nos permitan disminuir esta práctica. En el año 2019 se hizo revisión del protocolo de sujeción vigente en el área de psiquiatría con el objetivo de adecuarlo para su aplicación transversal en el ámbito de todo el hospital, cuya vigencia comenzó en enero de 2020. En 2020 se puso en marcha el grupo STOP sujeciones para monitorizarlas sistemáticamente y disminuir su uso.</p> <p>El objetivo es estar por debajo del índice de 0,1.</p>															
GRÁFICO															
 <table border="1"> <caption>Tasa de sujeciones: Ingresos con sujeción/total ingresos</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Tasa de sujeciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>0,110</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>0,165</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>0,100</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>0,070</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>0,070</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>0,055</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Tasa de sujeciones	2018	0,110	2019	0,165	2020	0,100	2021	0,070	2022	0,070	2023	0,055
Año	Tasa de sujeciones														
2018	0,110														
2019	0,165														
2020	0,100														
2021	0,070														
2022	0,070														
2023	0,055														
RESPONSABLE	Comisión de Dirección. Grupo STOP sujeciones. Jefa de Enfermería.														

NOMBRE DEL INDICADOR	
7.17. Sujeciones por paciente	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
<p>Para disminuir el nº de sujeciones, se han realizado diversas acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación en desactivación verbal - Análisis mensuales de los registros - Análisis y medidas personalizadas en casos complicados - Sensibilización de todo el personal mediante la difusión de los análisis realizados - Diseño de un plan formativo para personal de urgencias <p>A raíz de los análisis de los registros, y a solicitud de la Comisión de Usuarios del IPSMarañón, se detectó la necesidad de realizar un grupo específico de trabajo para identificar medidas más concretas que nos permitan identificar medidas eficaces y errores en la aplicación del protocolo. Así se formó en el mes de noviembre de 2020 un grupo de trabajo con el nombre "STOP SUJECIONES", formado por enfermeras y</p>	

psiquiatras de todas las unidades de hospitalización, que ha servido para identificar oportunidades de mejora y aplicarlas durante la asistencia.
El objetivo es estar por debajo de 2,5.

GRÁFICO



RESPONSABLE Comisión de Dirección. Grupo STOP sujeciones. Jefa de Enfermería.

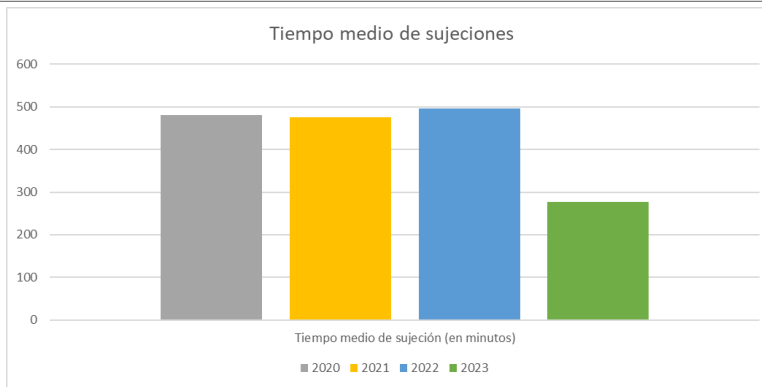
NOMBRE DEL INDICADOR

7.18. Tiempo medio de sujeciones

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Tiempo medio de sujeciones (en minutos)

GRÁFICO



RESPONSABLE Comisión de Dirección. Grupo STOP sujeciones. Jefa de Enfermería.

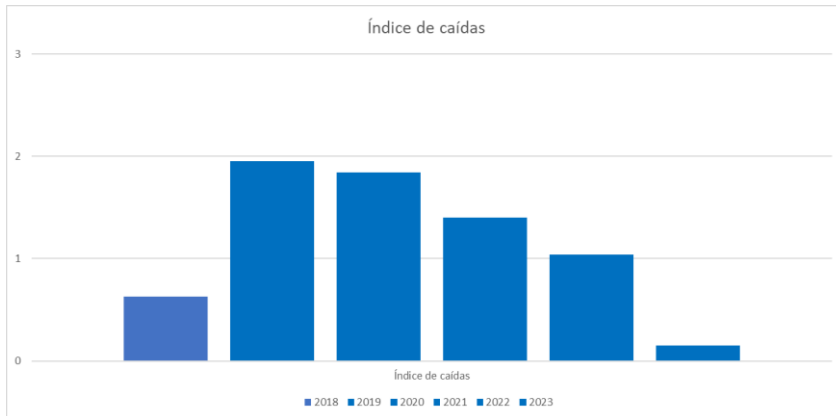
NOMBRE DEL INDICADOR

7.19. Incidencia de caídas

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Las caídas son un indicador habitual en la medición de la seguridad de los pacientes. 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. Las tendencias son muy positivas.

GRÁFICO



RESPONSABLE Jefe de Enfermería

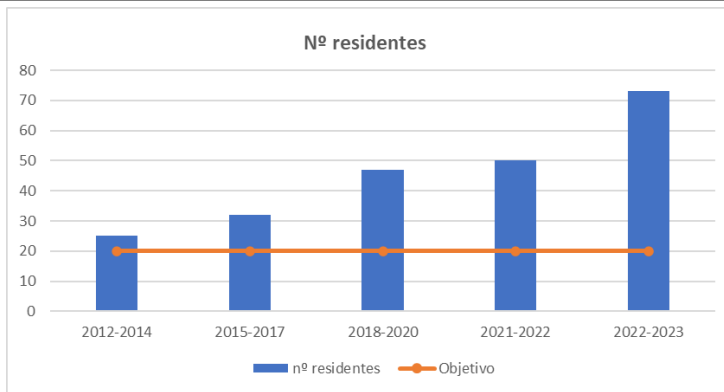
NOMBRE DEL INDICADOR

7.20. Número de residentes

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Disponemos de información sobre la solicitud de plazas de rotación 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 2019, al unificarse el Instituto, han rotado más de 50 residentes entre MIR y PIR. Se facilitan los datos agrupados de todo el Instituto para observar tendencias (los datos a partir de 2019 se refieren a datos de todo el Instituto; los anteriores solo al servicio de infantil y adolescentes).

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR

7.21. Número de publicaciones

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

La realización de publicaciones científicas repercute directamente en el crecimiento profesional y en la calidad de la asistencia a nuestros usuarios. El número de publicaciones se ha mantenido en niveles de excelencia, por encima de los niveles de nuestros competidores, con una tendencia ascendente en los últimos años. El importante aumento del número de publicaciones en 2020 y 2021 es reflejo de la situación de confinamiento que disminuyó la actividad clínica, lo que fue aprovechado por los profesionales del IPSMarañón para modificar su actividad e incrementar la relativa a investigación.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Investigación

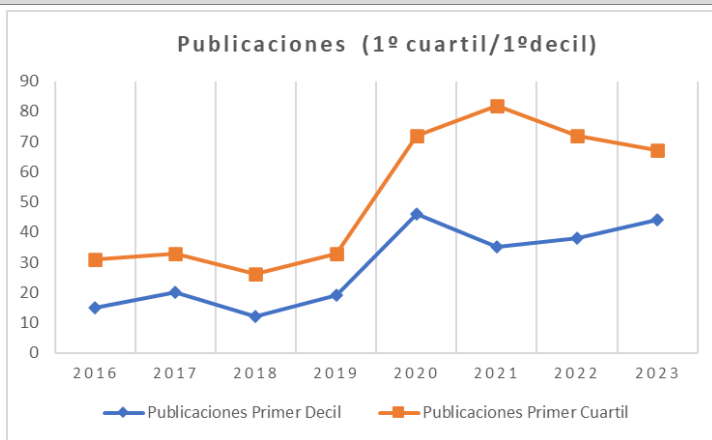
NOMBRE DEL INDICADOR

7.22. Porcentaje de publicaciones en 1º cuartil y 1º decil

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

La calidad de las publicaciones, que se mide con el porcentaje de publicaciones en revistas del primer cuartil y primer decil, se ha mantenido en niveles de excelencia, por encima de los niveles de nuestros competidores, con una tendencia ascendente en los últimos años.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Investigación

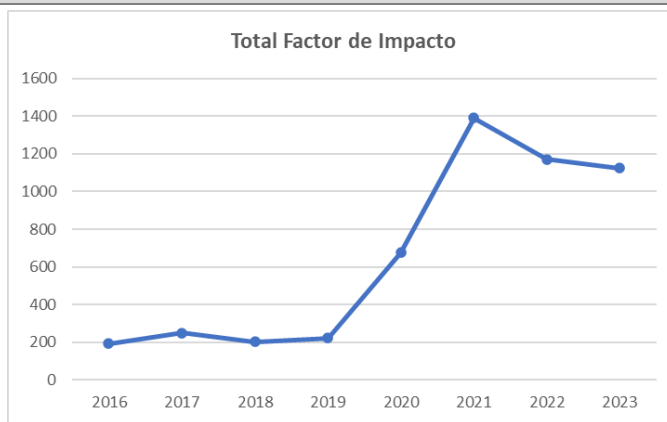
NOMBRE DEL INDICADOR

7.23. Factor de impacto

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

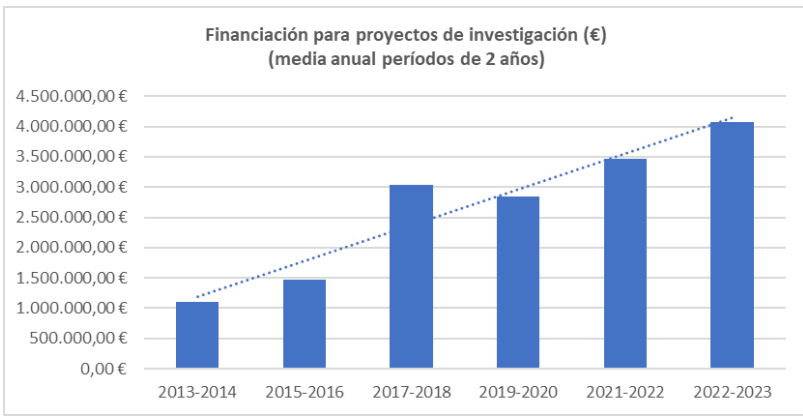
El factor de impacto, una medida de la calidad de las publicaciones es uno de los indicadores más relevantes para la investigación, progresando mucho en los últimos años en este ámbito.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Investigación

NOMBRE DEL INDICADOR															
7.24. Financiación para proyectos de investigación															
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR															
<p>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 Comunidad de Madrid, 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.</p> <p>El Objetivo de financiación se fija en 1M€/año, que se alcanzan todos los años. Se potencia también la participación de becarios en los programas. Somos el grupo de investigación de la Comunidad de Madrid con un mayor número de proyectos europeos.</p>															
GRÁFICO															
<p style="text-align: center;">Financiación para proyectos de investigación (€) (media anual períodos de 2 años)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Financiación (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2013-2014</td> <td>1.000.000,00</td> </tr> <tr> <td>2015-2016</td> <td>1.500.000,00</td> </tr> <tr> <td>2017-2018</td> <td>3.000.000,00</td> </tr> <tr> <td>2019-2020</td> <td>2.800.000,00</td> </tr> <tr> <td>2021-2022</td> <td>3.500.000,00</td> </tr> <tr> <td>2022-2023</td> <td>4.000.000,00</td> </tr> </tbody> </table>		Período	Financiación (€)	2013-2014	1.000.000,00	2015-2016	1.500.000,00	2017-2018	3.000.000,00	2019-2020	2.800.000,00	2021-2022	3.500.000,00	2022-2023	4.000.000,00
Período	Financiación (€)														
2013-2014	1.000.000,00														
2015-2016	1.500.000,00														
2017-2018	3.000.000,00														
2019-2020	2.800.000,00														
2021-2022	3.500.000,00														
2022-2023	4.000.000,00														
RESPONSABLE	Comisión de Dirección														

NOMBRE DEL INDICADOR

7.25. Número de reclamaciones

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

El número de reclamaciones es muy bajo, si lo comparamos con la actividad de la organización. En el gráfico adjunto se reportan los datos del Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente hasta el 2019, pero desde la creación del Instituto se muestran también datos globales de todos los servicios (de ahí el incremento en los últimos años).

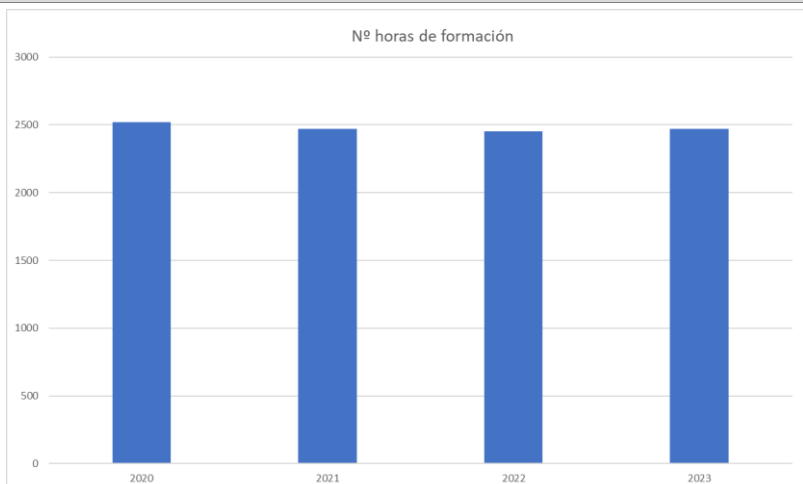
GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión Asistencia y Calidad

NOMBRE DEL INDICADOR	
7.26. Reclamaciones con respuesta en menos de 15 días	
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
El objetivo acordado, dentro del pacto de objetivo, es del 100% de reclamaciones respondidas antes de 15 días. Se cumple todos los años.	
RESPONSABLE	Comisión Asistencia y Calidad

NOMBRE DEL INDICADOR											
7.27. Número de horas de formación continuada											
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR											
Número de horas de formación continuada impartida a profesionales del IPSMarañón											
GRÁFICO											
<p style="text-align: center;">Nº horas de formación</p>  <table border="1"> <caption>Nº horas de formación</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Nº horas de formación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>2500</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>2450</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>2450</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>2450</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Nº horas de formación	2020	2500	2021	2450	2022	2450	2023	2450
Año	Nº horas de formación										
2020	2500										
2021	2450										
2022	2450										
2023	2450										
RESPONSABLE	Comisión de Dirección										

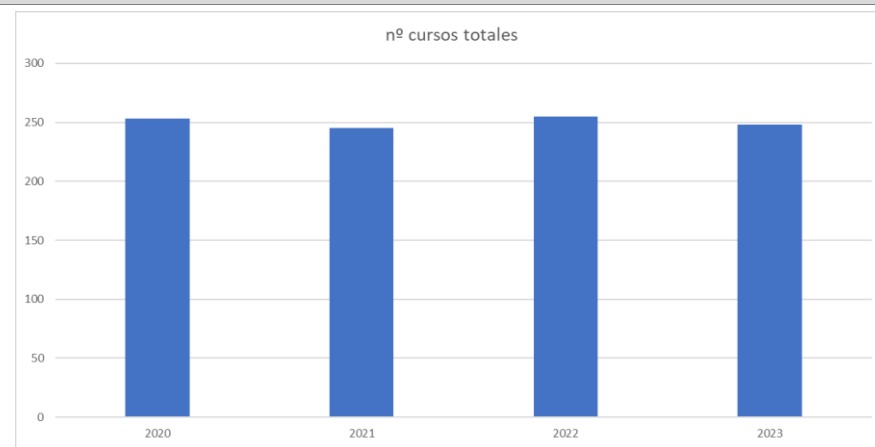
NOMBRE DEL INDICADOR

7.28. Número de cursos de formación realizados

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR


Número de acciones formativas totales desarrolladas anualmente.

GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR													
7.29. Cumplimiento objetivos Contrato Programa													
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR													
El IPSMarañón consigue un alto cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa que se establecen cada año con la Dirección del Hospital y en respuesta a los objetivos establecidos por la Consejería de Sanidad, cumpliendo así las expectativas de nuestro principal regulador.													
GRÁFICO													
<div style="text-align: center;"> <p>Cumplimiento Objetivos Contrato Programa</p>  <table border="1"> <caption>Cumplimiento Objetivos Contrato Programa</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Cumplimiento (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> </div>		Año	Cumplimiento (%)	2019	100%	2020	100%	2021	100%	2022	100%	2023	100%
Año	Cumplimiento (%)												
2019	100%												
2020	100%												
2021	100%												
2022	100%												
2023	100%												
RESPONSABLE	Comisión de Dirección												

NOMBRE DEL INDICADOR

7.30. Número de premios / reconocimientos

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR


El Instituto ha recibido numerosos premios y reconocimientos durante los últimos años (ver anexo 2 - listado de premios y reconocimientos).


GRÁFICO



RESPONSABLE

Comisión de Dirección

NOMBRE DEL INDICADOR											
7.31. Número de consultas no presenciales											
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR											
Las consultas no presenciales se desarrollaron a raíz de la pandemia por Covid-19, habiéndose mantenido en los últimos años. Se incluyen las consultas telefónicas, telemáticas y sin presencia del paciente.											
GRÁFICO											
 <table border="1"> <caption>Consultas no presenciales</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Número de consultas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>34000</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>19000</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>13000</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>9000</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Número de consultas	2020	34000	2021	19000	2022	13000	2023	9000
Año	Número de consultas										
2020	34000										
2021	19000										
2022	13000										
2023	9000										
RESPONSABLE	Comisión de Dirección										

NOMBRE DEL INDICADOR											
7.32. Número de e-consultas											
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR											
Las e-consultas (consultas telemáticas) han crecido desde el año 2020 y se estabilizan en 2023.											
GRÁFICO											
 <table border="1"> <caption>e-consultas</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Número de e-consultas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>145</td> </tr> </tbody> </table>		Año	Número de e-consultas	2020	100	2021	130	2022	180	2023	145
Año	Número de e-consultas										
2020	100										
2021	130										
2022	180										
2023	145										
RESPONSABLE	Comisión de Dirección										