



PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES DE ATENCION EN SALUD MENTAL CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Diana Carolina Pulido Naranjo

CC. No. 52.841.565

Proponente

Claudia Rocío Rocha Valbuena

**Director de la propuesta trabajo de grado Especialización en Evaluación
y Gestión de Proyectos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES,
ECONÓMICAS Y DE NEGOCIOS - ECACEN**

Bogotá D.C., junio 2017

TABLA DE CONTENIDO

1. Antecedentes del Problema.....	4
2. Formulación del Problema.....	6
3. Justificación.....	6
4. Objetivos.....	8
4.1. Objetivo general.....	8
4.2. Objetivos Específicos.....	8
5. Cobertura, Alcance e Impacto de la Investigación.....	8
6. Marco Teórico.....	9
7. Tipo de Investigación.....	20
8. Propuesta.....	27
9. Presupuesto.....	32
10. Conclusiones.....	35
12. Bibliografía.....	37

TABLA DE CONTENIDO DE CONTENIDO: FIGURAS Y TABLAS

1. Figura No. 1 (Fases fundamentales Plan Reordenamiento Institucional)..	7
2. Figura No. 2 (Prestaciones de servicios según diagnóstico).....	16
3. Tabla No. 1 (Camas en Salud Mental en Colombia).....	17
4. Tabla No. 2 (Camas en Salud Mental Clínica).....	17
4. Tabla No.3 (Déficit de Camas por especialidad Colombia).....	18
5. Tabla No. 4 (Oferta Actual Registro Especial de Prestadores de Salud)..	18
6. Tabla No. 5 (Áreas y servicios asistenciales).....	21
7. Tabla No. 6 (Matriz y calificación del Riesgo).....	21
8. Tabla No. 7 (Resultados 1).....	22
9. Tabla No. 8 (Resultados 2).....	22
10. Tabla No. 9 (Desde lo administrativo).....	23
11. Tabla No. 10 (Desde la Percepción del asistido).....	23
12. Tabla No. 11 (Desde la gestión del servicio).....	24
13. Tabla No. 12 (Matriz de Resultados).....	24
14. Tabla No. 13 (Presupuesto de la Propuesta).....	33
15. Tabla No. 14 (Cronograma de Ejecución de l a Propuesta).....	34

DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES DE ATENCION EN SALUD

MENTAL CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Este proyecto se realiza con el fin de dar a conocer las necesidades de reubicación de áreas e infraestructura por cada servicio, teniendo en cuenta la normatividad vigente e involucrando a todos los colaboradores de la institución, para que tomando como base los datos de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y el registro de actividades de solución del día a día se logre la percepción del asistido y dar una respuesta a sus necesidades de atención en salud mental.

La Clínica De Nuestra Señora De La Paz es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, docente asistencial, de utilidad común, sin ánimo de lucro, erigida canónicamente en la Arquidiócesis de Bogotá, donde tiene su domicilio, de inspiración cristiana y católica promovida principalmente para la prestación del servicio público de salud, con gestión privada de interés social, perteneciente a los Hermanos de la Orden Hospitalaria De San Juan De Dios.

Fue creada el 26 de agosto de 1956, está ubicada en la ciudad de Bogotá, en la calle 13 No. 68F-25, cuenta con amplias zonas verdes para los asistidos y sus familiares, zonas de parqueo para los visitantes y colaboradores, cómodas instalaciones y espacios abiertos; cumpliendo de esta forma con todos los requerimientos de calidad exigidos para los procesos de habilitación de los servicios de salud.

La Clínica se proyecta como una institución líder en la prestación de servicios de salud de la más alta calidad, basados en la promoción, prevención y rehabilitación; integradas a la docencia e investigación y dirigidas tanto al paciente, como también a sus redes de apoyo socio familiar; todo a la luz del carisma de la Orden Hospitalaria De San Juan De Dios.

La clínica tiene como objeto social *“la prestación de servicios de salud, como un servicio público con gestión privada de interés social, con énfasis en la salud mental; en desarrollo de este objeto, presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, así como también, realiza actividades de protección preventiva y especial del menor con limitaciones físicas o mentales, toda vez que la institución es integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se vincula al sistema de Bienestar Familiar”*. (Portafolio de servicios 2014)

Tanto la atención a los usuarios (asistidos), a su familia (red de apoyo); así como también, los comportamientos de los colaboradores están basados en los valores que profesa la Orden Hospitalaria de San Juan De Dios.

Desde septiembre del 2004, se definió para el área de hospitalización, el “Modelo Asistencial por Patologías” el cual funciona de forma sincronizada con el “Sistema de Gestión por Resultados”. Dicho modelo está compuesto por los denominados “Equipos de Gestión Psicoterapéutica” (EGP), cuya función primordial es la prestación de un servicio integral al asistido y a sus redes de apoyo, bajo parámetros de buena gestión y mejoramiento continuo.

Así mismo, está inmerso en el “Modelo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a la Rehabilitación Psicosocial” que hace parte del “Modelo de Atención en Salud Centrado en la Humanización”, de la Provincia Colombiana De Nuestra Señora Del Buen Consejo, de la cual hace parte la Clínica De Nuestra Señora De La Paz; está dirigido, tanto a la persona con patología mental, así como también, a su red de apoyo socio familiar.

Teniendo en cuenta los cambios en la normatividad, la Ley de Salud Mental, así como también, todos los ajustes llevados a cabo desde el Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Bogotá (POT); se hace necesario dar una mirada al reordenamiento o reingeniería de la Clínica De Nuestra Señora De La Paz.

El sentido de la hospitalidad se vivencia a partir de la inclusión de las personas de una forma dignificante dentro de la prestación del servicio, según el estilo de San Juan De Dios *“en el que el ser humano es asistido con amor y de forma integral”*. Es por ello que los procesos de planeación, para el caso de reordenamiento institucional, deben estar enmarcados en el asistido como enfoque central, como base fundamental dentro de la atención en salud. De igual forma, deben ser guiados por los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan De Dios, y teniendo en cuenta la “Carta Institucional de Derechos y Deberes de los asistidos”.

De acuerdo a lo anterior, se hace necesario reorganizar los servicios de la institución para dar respuesta a la demanda creciente de los problemas de salud asociados a la enfermedad mental en la ciudad de Bogotá, ya que con la organización actual del Modelo de atención se refleja la insuficiencia para dar respuesta a las necesidades de atención en Salud Mental a los clientes con los cuales se tiene una relación contractual vigente, ya que se pretende alcanzar los niveles de calidad estipulados en la institución, así como también, el volumen de prestación de servicios requeridos; se hace preciso realizar el planteamiento del trabajo por etapas, es decir, iniciando desde la conformación del Equipo Técnico de Reordenamiento Institucional, y finalizando con la realización de las obras de infraestructura. Con una proyección de 5 años (2017-2022), indicando, desde la fase de diagnóstico de la situación actual que ha este nivel presenta la institución, y con base en la priorización; la ruta a seguir orientando las acciones al cumplimiento de lo estipulado dentro de este plan de reingeniería.

2. ¿LAS INSTALACIONES DE LA CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, FACILITAN EL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN?

El servicio de Hospitalización de la Clínica de Nuestra Señora de La Paz es reconocido por la experiencia y posicionamiento en el manejo de la Enfermedad Mental, viene desarrollando el modelo de atención integral dirigido a la Rehabilitación Psicosocial enmarcado en la Hospitalidad y la Humanización, marcando una tendencia del mercado creciente.

Teniendo en cuenta que la enfermedad mental aumenta considerablemente por diferentes factores, lo que incide en el notable crecimiento de la oportunidad de negocio. Sin embargo, se ha hecho insuficiente para dar cobertura a la demanda creciente de población que requiere sus servicios por lo cual se hace indispensable el proceso de reordenamiento institucional a través del cambio de modelo de atención basado en la concepción de la clínica pensada a manera de módulos y favoreciendo la movilidad del paciente dentro de la misma, lo cual busca generar una dinámica interna a partir de la reorganización estructural, mejorando así el modelo de atención.

3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación va orientada a garantizar la atención especializada en el ámbito de la salud mental, al interior de la institución que se eligió como campo de acción; brindando las condiciones de comodidad y seguridad en pro de la calidad en la atención a los pacientes, ofreciendo espacios diferenciados, por sexo, nivel de funcionalidad de la población atendida, programas de intervención y de acuerdo con el estado clínico de los asistidos.

Se proyecta la organización de pabellones con gestión asistencial por módulos que cuenten con todas las áreas necesarias para prestación del servicio de hospitalización (habitaciones, estación de enfermería, consultorios para atención profesional, comedor, espacios de terapia, zonas al aire libre, espacios de visita, etc.) desde el modelo asistencial basado en los principios de la Orden, y fundamentalmente, en los que apuntan a la Calidad y la Hospitalidad. Llegado a este punto, y para fines de comprensión, se hace necesario definir el concepto “*modular*”, el cual es entendido como “unidades separadas que funcionan con equipo humanos y programas de intervención terapéutica específicos y a su vez se constituyen en centros de costos auto gestionables, auto regulables y auto evaluables”.

Con el fin de especializar el bloque clínico en la atención de pacientes, se llevará a cabo una reforma estructural, la cual inicia con la movilización de los servicios ambulatorios de manera extramural y el desplazamiento de las oficinas administrativas al área que actualmente ocupa la consulta externa, lo

cual indudablemente potencia las estrategias de seguridad y rehabilitación, evitando contaminaciones nocivas en los procesos terapéuticos y disminución en los riesgos para los colaboradores, unido al aumento en la productividad y mejora en las condiciones de trabajo para los mismos.

El plan de reordenamiento institucional se trabajará en 3 fases fundamentales:

- Fase del Diagnóstico.
- Diseño del Proyecto General.
- Ejecución.

Figura 1

Fases fundamentales Plan de Reordenamiento Institucional
Modelo de Atención Clínica de Nuestra Señora de la Paz.



Jimena Mayorga (Clínica de Nuestra Señora de la Paz, 4 de abril, 2014).

Es importante resaltar que la base primordial de los resultados de esta investigación apunta a mantener el estilo de San Juan de Dios en la atención al paciente, en el cual priman la hospitalidad, la calidez, la calidad en el servicio, el bienestar de asistidos y colaboradores. Así como también, buscar un punto de equilibrio entre el ambiente físico, las necesidades del mercado, el recurso humano y el conocimiento técnico.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Elaborar el diagnóstico o línea base de la situación actual, desde la infraestructura, la capacidad instalada, y la percepción del usuario; a través de los resultados de las mediciones realizadas a las bases de quejas de la institución.

4.2. Objetivos Específicos

- 4.2.1.** Establecer las necesidades de la planta física, procesos y procedimientos que respondan al cumplimiento de la normatividad vigente, las específicas de la institución, de la Orden Hospitalaria De San Juan De Dios, del mercado y el Sistema General de Salud.
- 4.2.2.** Elaborar técnicamente el proyecto general de reubicación de áreas e infraestructura por cada servicio, teniendo en cuenta la planta actual en distribución arquitectónica y proyección de planta a partir de la información arrojada en la fase diagnóstica y sobre la base del carisma de San Juan de Dios promulgado y difundido por la Orden Hospitalaria.
- 4.2.3.** Definir las áreas y reubicación de servicios, para realizar la proyección de infraestructura y de servicio, teniendo en cuenta la normatividad vigente, ambiente físico, seguridad, hospitalidad y disminución del riesgo.
- 4.2.4.** Llevar a cabo encuentros con gestores y coordinadores, a fin de generar construcción de propuestas por servicios.
- 4.2.5.** Tomar como base de datos de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y el registro de actividades de solución del día a día para medir la percepción del asistido.

5. COBERTURA, ALCANCE E IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN

La Clínica De Nuestra Señora De La Paz viene prestando servicios asistenciales desde las áreas de Psiquiatría, Neurología, Psicología, terapias (ocupacional, recreativa, física, respiratoria y de lenguaje), y Trabajo Social desde hace 60 años de forma permanente e ininterrumpida con el acompañamiento de Convenios Docente Asistenciales de Instituciones Educativas Universitarias legalmente reconocidas, para cumplir con su

misión de Proyección social, a través de la atención en salud integral de la comunidad; a la que actualmente no alcanza a cubrir la demanda de asistidos a causa del crecimiento desbordado de la enfermedad mental en la ciudad, lo que hace que se encuentre prestando servicios en condiciones no esperadas. Con el desarrollo de esta investigación se identificarán y priorizarán los cambios a realizar para dar respuesta a las necesidades de atención de la población y los compromisos establecidos en las relaciones contractuales vigentes con las Entidades Promotoras de Salud.

6. MARCO TEORICO

6.1. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL

“La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

Este componente contempla la salud mental en su sentido más llano, el de “sanitas”, o sea, el de las posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimientos cotidianos actuales y los referidos al curso vital, para afrontar situaciones de gran tensión emocional; diferenciándola de los problemas y trastornos psiquiátricos con los cuales generalmente es suplantada.

Actualmente no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los biológicos, las experiencias vitales adversas, factores sociales, entre otros.

Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE- 10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos.

“En el mundo, las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, con una tendencia al incremento en las próximas décadas”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015). (Murray CJL).

El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15 % del total de AVAD del mundo, y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos. En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para

los países americanos de ingresos medios y bajos, como Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven (de 15 a 29 años) ((WHO)., 2002).

“Los trastornos mentales más relevantes en el mundo son los siguientes: Depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario y por ello los determinantes sociales de la salud, según la OMS, son las circunstancias generadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos, en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes son estructurales, referidos al contexto sociopolítico, y específicos o intermediarios, condiciones materiales, situación laboral y de vivienda; acceso a servicios de salud y sociales. También, se plantean los proximales o individuales como factores biológicos, estilos de vida circunstancias psicosociales, factores conductuales. Todos impactan la equidad en salud y en el bienestar al diferenciarse según la posición socioeconómica”.

(Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

Es por ello que la encuesta de salud mental identifica en los diferentes grupos de análisis, las problemáticas más significativas, que requiere de su intervención antes de suscitarse un trastorno psiquiátrico. Los resultados muestran la magnitud del problema y sirven para planear acciones en salud dirigidas a disminuir las problemáticas, a detectar tempranamente los posibles casos y brindar una atención oportuna.

Los trastornos mentales conllevan importantes consecuencias socioeconómicas, además del sufrimiento personal. Dicho impacto puede estudiarse desde la perspectiva de la productividad perdida, causada por los problemas originados en el trastorno mental, que se suman a la dificultad en alcanzar metas personales. Los trastornos mentales se han asociado con menores ingresos personales y familiares (Am J Psychiatry, 2008) Desde el punto de vista económico, el costo elevado de los trastornos mentales surge de su impacto negativo en el ciclo vital y de la afectación en el desempeño de roles sociales, educativos y laborales. La depresión, por ejemplo, se ha asociado con un menor logro académico y ocupacional; las metas propias del ciclo vital, como lograr formar una pareja y la crianza de hijos también suelen afectarse (Psychiatr Clin North Am, 2012).

Otros factores asociados o de riesgo para desarrollar problemas y enfermedades mentales son condiciones relacionadas con la problemática de la familia, el individuo, la sociedad, la economía y el ambiente, los cuales, si interactúan en el mismo individuo vulnerable, pueden dar lugar a un problema de salud mental o a un trastorno. Dentro de estos factores de riesgo encontramos la pobreza, la guerra y la desigualdad, y determinantes asociados con la familia, por ejemplo, el abuso sexual, el maltrato, el poco apoyo social, la violencia, el antecedente de experiencias traumáticas o

consumo abusivo de alcohol en los padres (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004).

“Así mismo es importante resaltar algunos factores de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias psicoactivas es bajo en la población infantil colombiana entre 7 y 11 años de edad, además de Consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos en población infantil, en donde el 11,7 % de la población infantil entre 7 y 11 años ha estado expuesta a algún evento traumático, de ellos el 38,6 % de los cuidadores consideran que podrían tener algún problema psicológico secundario. Al evaluar la escala PCL modificada para posible trastorno de estrés postraumático el 46,8 % presentan por lo menos un síntoma; donde se presenta que el 20 % de ellos se encuentran más prevenidos o se alertan frente a lo que pasa a su alrededor, el 14,1 % tiene pensamientos o imágenes molestas acerca del evento, el 12,7 % evita hablar o expresar sentimientos acerca de este, el 12,3 % reacciona con molestia, temor, irritable, triste, bravo o con culpa cuando alguno se lo recuerda y el 11,2 % tiene ataque de ira o pataletas. Hay un riesgo alto de presentar un trastorno de estrés postraumático en el 9,2 % de la población infantil expuesta a algún evento”. **(Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).**

“Los trastornos mentales en la infancia son en general más frecuentes en niñas que en niños. Para la prevalencia del último año las niñas padecen más trastornos 5,6% vs 3,8 %. De acuerdo con las regiones son menos frecuentes en la región Atlántico 1,9 % y más prevalentes en la región central que incluye Bogotá 7,1 %. Con una prevalencia de alrededor de 5 % para las otras regiones. También son más frecuentes en los últimos 12 meses en población con índice multidimensional de pobreza positivo 5,8 % (IC 95 %: 3,5 – 9,3) que en aquellos en condiciones más favorables 4,1 (IC 95 %:3,1-5,5)”. **(Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).**

“En los últimos 12 meses 1 de cada 20 a 25 niños tiene algún trastorno mental como ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta, que ameritan intervención oportuna de profesionales de la salud”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los explorados en población colombiana de 12 a 18 años es de 7,2 % (IC 95 %: 5,8 - 8,9), para los últimos 12 meses es de 4,4 % y para los últimos 30 días de 2,5 % (IC 95 %: 1,7 - 3,6); los más prevalentes son los de ansiedad, en los vida son del 5,0 % y en los últimos 12 meses del 3,5 %, dentro de estos la fobia social es la patología más frecuente, principalmente en las mujeres con prevalencias de 6,6 % (IC 95 %: 4,8 - 9,1) para toda la vida y 4,9 % para los últimos 12 meses, aunque en general todos los trastornos son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una razón de 2:1. (2015, s.f.), cabe resaltar la importancia de la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años tiene una

prevalencia de 6,6 % (IC 95 %: 5,0 – 8,6); el plan suicida tiene una prevalencia de 1,8 % (IC 95 % : 1 – 3,1) ; el intento suicida tiene una prevalencia de 2,5 % (IC 95 %: 1,5 – 4,1) y el 37,6 % (IC 95 %: 24,6 – 52,6) de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado.

“En los últimos 12 meses 1 de cada 25 adolescentes ha tenido un trastorno mental, trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social. De los tres indicadores del proceso suicida el más frecuente, como cabría esperar es la ideación suicida, sin embargo, en adolescentes es menos frecuente el plan suicida que el intento suicida propiamente dicho, lo que permitiría concluir el importante papel que juega la impulsividad y el paso al acto en la conducta suicida de esta población (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

También hay una alta prevalencia de problemas relacionados con salud mental en adolescentes y adultos donde hasta 1 de cada 6 personas presentan problemas de ansiedad, depresión, posible psicosis o convulsiones donde en general las mujeres presentan las mayores prevalencias de síntomas comparado con los hombres. En relación a problemas de alimentación son frecuentes más que todo en mujeres, sin embargo, se encuentra una alta prevalencia en hombres jóvenes, señalando la necesidad de alertar a los profesionales de salud en la necesidad de explorar estas conductas de forma sistemática en ambos géneros.

“En el periodo de los 12 meses previos al análisis de la información de la Encuesta Nacional de Salud Mental, 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un trastorno mental (trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social). Por otra parte, la población colombiana presenta con mayor frecuencia rasgos de personalidad de tipo límite y del grupo A. Los rasgos de personalidad del grupo A son más frecuentes en mujeres que viven en Bogotá en el rango superior a 45 años con un máximo nivel educativo hasta secundaria con mayor asociación a la no presencia de relación de pareja. Los rasgos de personalidad del grupo C tienen una presentación uniforme por género y se encuentra con mayor frecuencia en Bogotá con nivel educativo primario y en mayores de 45 años” (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

6.2. ACCESO A SERVICIOS

“Es importante ampliar los aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud en la cual se hace una discriminación en relación a los grupos etarios Población infantil entre 7 y 11 años en donde los cuidadores consideran que el 2,8 % de la población en este grupo ha tenido un problema de salud mental en la vida, de los cuales el 55,4 % de estos ha sucedido en los últimos 12 meses; durante este periodo solo se solicita atención para el 48,1 % de ellos; sin embargo el 92,7 % de los que la solicitan acceden a esta. El principal recurso buscado son las instituciones de salud en el 88,2

%(IC 95% 72,8-95,4) de los casos, y en el 69,4 % (IC95% 49,5- 83,9) de las veces los pagadores son las Entidades Promotoras de Salud. Para las personas que no buscan atención para esta población el 55,3 %(IC 95% 37-72,3) consideran que no es necesario siendo la principal razón, de otra parte, el 100 % de los niños que se atendieron y requieren acceden a medicamentos”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

“Con respecto al uso de medicamentos para alguna patología mental en los últimos 12 meses en población infantil es de 0,8 % (IC95 %: 1,3 - 23,2) siendo este impreciso por tener un CVE mayor de 20. Sin embargo, en el 100 % de ellos es formulado por un médico y el 71,7 % (IC 95 %: 46,1 - 88,2) es pagado por la EPS.

El 3,4 % de los adolescentes entre 12 y 17 años refieren haber tenido algún problema de salud mental alguna vez en la vida; de estos, el 51,5 % ha sido en los últimos 12 meses. El 35,2 % (IC 95 %: 22,2 - 50,8) de ellos buscaron atención en los últimos 12 meses y la recibieron el 88,5 % de las veces. El 92,1 % de las veces fue en una institución de salud y en el 70,9 % de los casos el pagador es la Entidad Promotora de Salud”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

El 0,8 % (IC 95 %: 1,5 - 31,8) de adolescentes tienen algún medicamento psiquiátrico formulado por una condición mental, donde el 86,5 % (IC 95 %: 35,8 - 98,7) de las veces es indicado por un médico y el 80,5 % (IC 95 %: 37,1 - 96,7) de las veces el pagador es la EPS.

Adultos entre 18 a 44 años, el 4,5 %(IC95% 3,9-5,1) de la población colombiana entre 18 y 44 años reportan haber tenido algún problema de salud mental en la vida, de los cuales 36,1 %(IC95% 29,7- 43,1) lo ha presentado en los últimos 12 meses y el 65,9 % antes de los últimos 12 meses. De ellos han solicitado atención durante los últimos 12 meses el 38,5 % de las personas. El principal recurso buscado son las instituciones de salud en el 89,0 %(IC95% 77-95,1) de los casos y el pagador en el 66,1 % de las veces son las Entidades Promotoras de Salud. Para las personas que no buscan atención el 47,3 %(IC95% 39,2-55,5) consideran que no es necesario, el 23,6 % (IC95% 17,4-31,3) no lo hizo por descuido y el 15,6 %(IC95% 10,4-22,7) no quiso ir.

“El 1,9 % (IC 95 %: 2,3 - 11,1) de la población de este grupo etario recibe medicamentos psiquiátricos, el 87,5 % (IC 95 %: 78,2 - 93,2) de las veces ha sido formulado por un médico y el 72,5 % (IC 95 %: 61,5 - 81,3) de las veces es pagado por la EPS”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

En adultos de 45 años en adelante el 4,8 %(IC95% 4,2-5,6) describen problemas de salud mental de los cuales 35,6 %(IC95% 28,8-43,1) refieren que los han tenido en los últimos 12 meses y el 65,0 % antes de este tiempo.

En relación al acceso a servicios solo se solicita atención para el 34,3 % (IC95% 27,6-41,7) de esta población; se resalta que el 79,4 % de los que la solicitan acceden a esta. El principal recurso buscado son las instituciones de salud en el 84,8 % (IC95% 79,4-94,4) de los casos y el pagador en el 80,6 % de las veces son las Entidades Promotoras de Salud. Y para las personas que no buscan atención para esta población el 24,0 % (IC95% 17,2-32,5) no lo hicieron por descuido.

“El 3,7 % (IC 95 %: 3,1 - 4,4) de la población de este grupo etario recibe medicamentos psiquiátricos; el 92,7 % (IC 95 % 86,6 - 96,2) de las veces a sido formulado por un médico y el 81,1 % (IC 95 %: 73,3 - 87) de las veces es pagado por la EPS”. (Ministerio de Salud y Protección Social-Encuesta Nacional de Salud Mental 2.015).

En conclusión, se encuentra una baja proporción de personas buscan servicios para mejorar problemas de salud mental, sin embargo, en aquellos que buscan atención casi el 90 % para todos los grupos etario reciben algún tipo de intervención.

6.3. BOGOTÁ

Así mismo, la ciudad no es ajena a los cambios socio demográficos caracterizados por la transición que atraviesa el país en su conjunto, que a su vez subraya las particularidades e interrelaciones entre la salud mental y los procesos de urbanización, la actividad económica y las modificaciones generadas en la educación y escolarización de diversos segmentos de población.

Un ejemplo evidente de la determinación multidimensional del estado de la salud mental en los sujetos individuales y colectivos, se puede expresar en los trastornos asociados al uso problemático de sustancias psicoactivas. El uso y abuso de “drogas” sean o no de tipo legal, pueden hallarse asociadas a su vez con la conducta suicida, la accidentalidad, la violencia intrafamiliar, los actos delictivos en que incurre el adicto “microtráfico por ejemplo “, para proveerse la dosis necesaria por el proceso de habituación.

Respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas y comparando los estudios en mención se puede mencionar que Bogotá registró una disminución significativa en el consumo de tabaco, es la mayor disminución registrada en el país (reducción de 5,79 puntos). Es relevante mencionar que el contraste entre los estudios 2008 y 2013 muestra que respecto al consumo de alcohol, en el nivel nacional se presenta un leve aumento y Bogotá registro cerca del 2% de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia. Respecto al consumo de cualquier sustancia ilícitas en el Distrito Capital, muestra un incremento equivalente al 0.63% manteniendo las frecuencias del estudio nacional llevado a cabo en el año 2008. La sustancia ilícita de mayor consumo continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y

los inhalables. El consumo de dichas sustancias se concentra en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad. (BOGOTÁ, 2015)

Así mismo, la tasa de suicidio consumado, en el año 2013 cerró con el registro de la menor tasa de suicidio consumado de los últimos 6 años (2,9 por cada 100.000 habitantes), lo que significa una reducción de 22 suicidios en Bogotá entre el año 2012 y 2013. Es de resaltar que durante el año 2012 y 2013 se logró el cumplimiento de la meta distrital del plan de gobierno Bogotá Humana, de reducir el suicidio consumado a 3.3 por 100.000 habitantes. En el 2014 se registró un aumento de 53 casos con respecto al periodo anual precedente.

Las localidades que registran las frecuencias más elevadas de suicidio consumado para el periodo anual de 2014 son en su orden: Engativá Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y Usaquén. Estas cinco localidades agrupan cerca del 51% del total de casos registrados en Bogotá, D.C No obstante, las localidades que registran las tasas más altas son en orden descendente Sumapaz (15,6) seguida por las localidades de La Candelaria (12,4%) y Santafé con (9,1%).

En el periodo de tiempo del 2010 al 2014 el patrón que son los hombres los que más se suicidan se repite. En el año 2015 por cada mujer que se suicida 4 hombres lo hacen, lo cual significa un aumento en los suicidios registrados en las mujeres con respecto a los hombres. El rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años en la etapa de ciclo vital de juventud. Vale la pena evidenciar que los rangos de 15 a 19 años y de 25 a 29 años también presentan un número importante de casos. Se reitera que las acciones de prevención deberán centrarse en la etapa de ciclo vital de adolescencia- juventud y adultez

(BOGOTÁ, 2015)

En consonancia con los principales hallazgos de la ENSM 2015 y la vigilancia en salud pública que se desarrolla en el Distrito Capital, la ciudad de Bogotá presenta como eventos prioritarios violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, además de los trastornos de mayor prevalencia.

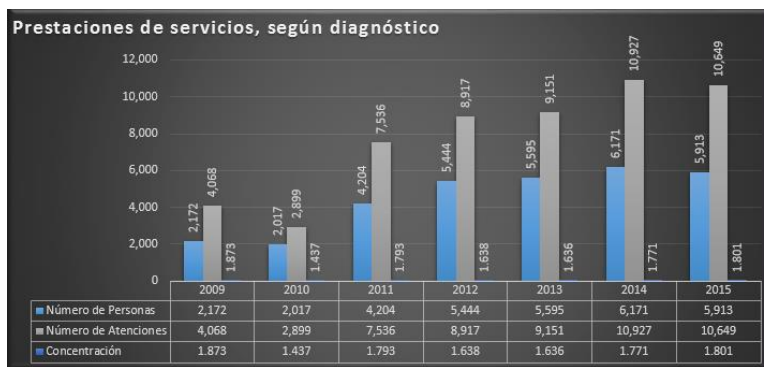
Por otra parte, según la ENSM 2015, la población de 18 a 44 años en Bogotá presenta algún grado de disfunción familiar en un 37,8 %. En la población de 18 a 44 años en evaluación con SQR el 11 % de la población de 18-44 años de Bogotá, es positiva en SQR; el 9,8 % de la población presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad constituyéndose en el porcentaje más alto del país; y el 5,5 % presenta siete o más síntomas de depresión, siendo también el porcentaje más alto del país.

En personas de 45 años, el 12 a 13 % positivo en SQR en Bogotá presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad con el 12,1 %, el más alto del país; con relación a la depresión, el 11,5 % presentó 5 o más síntomas sugestivos, el mayor porcentaje del país para este grupo etáreo. La región con mayor prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida es Bogotá con el 12,9 % y es la segunda con mayor prevalencia en el último año con un 4,9 %.

Estos padecimientos psiquiátricos son trastornos crónicos que afectan la calidad de vida del paciente y su familia, se acompañan de diferentes grados de alteración funcional que producen repercusiones económicas y sociales, ya que afectan, en su mayoría, a la población en edad productiva y consumen gran cantidad de recursos para la salud tanto en el tratamiento ambulatorio como en la atención intrahospitalaria. En conjunto, las enfermedades mentales demandan la utilización de servicios a relativamente grandes niveles. Los costos económicos provenientes de los servicios de salud pueden variar ampliamente entre los pacientes, en base al género, número de contactos sociales, tiempo que permanecen en los hospitales, edad, desempeño social y síntomas negativos. Algunas investigaciones han descubierto que el estado civil, las habilidades para la vida diaria, la salud física y las actitudes del paciente justifican el 50% de los costos de tratamiento (APAL, 2014).

Es por ello que según el reporte personas atendidas en Hospitalización por diagnóstico de enfermedad mental según la página del SISPRO indican un aumento creciente de la población y eventos de atención relacionados para la ciudad de Bogotá.

Figura 2
Prestaciones de servicios según diagnóstico



Fuente: Informe Encuesta Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud .2015

Por todo y lo anterior se hace necesario replantear la necesidad de brindar servicios en salud mental a la población que los demanda, no solo del Distrito Capital sino de municipios aledaños ya que existe limitada disponibilidad de

atención en establecimientos que permitan realizar actividades de hospitalización, para el año 2015 la distribución de camas en Salud Mental para el País se consolida de la siguiente manera:

Tabla No.1. Camas en Salud Mental en Colombia

	AÑO 2015	
		Camas x Cada 1000 hab
NACIONAL	48.203.405	
Camas Psiquiatria	5.774	0,1
Camas Agudo Mental	1.031	0,0
Camas Intermedio Mental	78	0,0
Camas Farmacodependencia	1.833	0,0
TOTAL CAMAS SALUD MENTAL	8716	0,2

Fuente: Informe Encuesta Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud .2015

En concordancia la distribución de camas para el distrito. para el mismo año 2015, se puede indicar que el 17% de las camas del país se encuentran en Bogotá.

Para la cantidad de camas que se encuentran en Bogotá para la hospitalización de personas con enfermedad mental la Clínica de Nuestra Señora de la Paz cuenta con el 22,6 % de las camas del Distrito Capital.

Tabla No.2. Camas Clínica de Nuestra Señora de la Paz.

	CNSP	
Camas Psiquiatria	223	19,7%
Camas Agudo Mental	62	39,0%
Camas Intermedio Mental	20	90,9%
Camas Farmacodependencia	30	17,9%
TOTAL CAMAS SALUD MENTAL	335	22,6%

Fuente: Informe Encuesta Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud .2015

Según La oferta de servicios de salud hospitalarios en la ciudad desde la perspectiva de que deberían existir mínimo 2,5 camas por 1000 habitantes; es deficitaria en 6.307 camas en todas las especialidades; déficit que es aún más grave si se considera que este cálculo solo se hace para la población de Bogotá DC, sin contar las necesidades que la ciudad cubre de la sabana, y de sur del país, ya que Bogotá es el centro de referencia de alta complejidad para gran parte de los colombianos. Esto se visualiza en la oferta pública y privada de la ciudad. (BOGOTÁ, 2015).

Tabla No.3. Déficit de Camas por especialidad en Colombia.

CAMAS	TOTAL GERNERAL	% PART	NECESIDAD	DIFERENCIA
Adultos	6280	46,9%	9238	-2958
Cuidado Agudo Mental	202	1,5%	297	-95
Cuidado Basico Neonatal	169	1,3%	249	-80
Cuidado Intensivo Adulto	887	6,6%	1305	-418
Cuidado Intensivo Neonatal	304	2,3%	447	-143
Cuidado Intensivo Pediatrico	144	1,1%	212	-68
Cuidado Intermedio Adulto	419	3,1%	616	-197
Cuidado Intermedio Mental	35	0,3%	51	-16
Cuidado Intermedio Neonatal	514	3,8%	756	-242
Cuidado Intermedio Pediatrico	83	0,6%	122	-39
Farmacodependencia	130	1,0%	191	-61
Institucion Paicente Cronico	296	2,2%	435	-139
Obstetricia	964	7,2%	1418	-454
Pediatrica	1848	13,8%	2718	-870
Psiquiatria	1043	7,8%	1534	-491
Transplante de progenitore Hematopoyeticos	6	0,0%	9	-3
Unidad de Quemados Adulto	40	0,3%	59	-19
Unidad de Quemados Pediatrico	26	0,2%	38	-12
Total Camas	13390	100%	19697	-6307
POBLACION TOTAL	7878783			
Necesidad de camas 2,5X 1000 hab	19697			
Superhabit Camas	-6307	-32%		
Superhabit Camas SALUD MENTAL	-664	11%		

Fuente: Informe Encuesta Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud 2015

Es por ello que al realizar el análisis de la oferta de servicios en relación al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud en relación a la oferta actual y los resultados según la Encuesta Nacional de Salud Mental se establece una diferencia total de (-1614), la cual puede ampliarse al establecer los cambios de la población y de la incidencia de la enfermedad mental en la población con los factores y los problemas señalados en la ENSM.

Tabla No.4. Oferta Actual Registro Especial de Prestadores de Salud

PSIQUIATRIA		OFERTA ACTUAL REPS	RESULTADOS SEGÚN ENSM 2015	DIFERENCIA R3EPS - ENSM
PSIQUIATRIA	U C AGUDOS / INTERMEDIOS	181	626	-445
	HOSPITALIZACION	1131	2300	-1169
	SUBTOTAL	1312	2926	-1614
LARGA ESTANCIA	FARMACO	168	0	0
	INIMPUTABLES			
	LARGA ESTANCIA			
TOTAL		1480	2926	-1614

Fuente: Informe Ministerio de Salud Registro de Prestadores 2016

***ENSM:** "Encuesta Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud 2015".

6.4. Oferta Comercial: Portafolio de Servicios

6.4.1. Hospitalización Psiquiátrica – Salud Mental:

Durante su estancia los pacientes reciben atención integral por un equipo interdisciplinario conformado por Médico Especialista en Psiquiatría, y profesionales en Psicología, Trabajador social y Terapia Ocupacional. Se interviene al paciente por medio de herramientas psicoterapéuticas y psicoeducativas en los diferentes niveles: individual, familiar, grupal y multifamiliar. Todos estos equipos cuentan con el apoyo permanente del servicio de urgencias de psiquiatría las 24 horas al día, así como de Medicina General, Nutrición y enfermería. Dentro de la Hospitalización en Salud mental contamos con el Servicio de Gerontopsiquiatría, unidad de niños y adolescentes, hospitalización género masculino y femenino.

6.4.2. Unidad de Cuidado Agudo

Esta unidad de hospitalización está diseñada para el manejo del paciente con patología mental en estado agudo o que requiera vigilancia estrecha por su patología, su riesgo o su situación contextual.

6.4.3. Urgencias – 24 Horas

La clínica presta atención especializada en psiquiatría las 24 horas del día, para pacientes que presentan agudización de su patología y requieren intervención inmediata de contención y/o orientación. De este servicio se puede derivar la hospitalización, el manejo ambulatorio, ya sea por hospital día o consulta externa y la remisión a una institución para el manejo de patología orgánica.

8.4.4. Servicios Ambulatorios

8.4.4.1. Consulta Externa

Es un servicio que cuenta con atención ambulatoria especializada de Psiquiatría General, Psiquiatría de niños y adolescentes y Psicología, ubicadas en dos sedes, una en la Calle 74 A No. 22-31 Edificio San Felipe Apóstol con 26 consultorios y la segunda sede en chapinero San Ricardo Pampuri Carrera 13 No. 55-28 con 10 consultorios.

Por otra parte, se brindan talleres de pautas de crianza dirigidos a padres con hijos en etapa pre-escolar, escolar y adolescentes, con el fin de favorecer el manejo adecuado de límites y normas, establecer hábitos, rutinas adecuadas, fortalecer canales de comunicación y vinculación afectiva, así como otras intervenciones grupales terapéuticas y psicoeducativas.

Los asistidos atendidos en consulta externa son pacientes que tienen diferentes patologías o trastornos que necesitan ser controlados desde los

aspectos psicoterapéuticos o farmacológicos, que le permitan una alternativa para el manejo de las mismas y lograr garantizar la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

8.4.4.2. Clínica Día

Clínica Día constituye una modificación funcional del hospital tradicional, permitiendo la hospitalización parcial, ya que el paciente permanece en la institución durante la mañana o la tarde dependiendo de su necesidad de atención; con ello el paciente sigue todas las intervenciones médicas y terapéuticas propias del hospital, pero no se separa de su entorno familiar, manteniendo conexiones con los ambientes normalizados.

Se trabaja fundamentalmente por medio de terapias grupales, intervenciones individuales y apoyo multifamiliar, así como un espacio exclusivo para la realización adecuada de Terapia Ocupacional, evitando las recaídas o las hospitalizaciones totales

8.4.4.3. Post hospitalización

Este programa incluye todos aquellos pacientes que requieren un reforzamiento a su tratamiento ambulatorio, así mismo, también tiene como propósito facilitar el acceso de estos pacientes a los servicios que en este aspecto presta la Clínica. Brinda una atención integral al paciente y a sus redes de apoyo, incluyendo seguimiento telefónico a los casos riesgo de reingreso remitidos y agendamiento de ingreso al Programa de Hospital Día.

Lo anterior, con el objetivo de dar continuidad al tratamiento ambulatorio de pacientes que presentan un alto grado de deterioro biopsicosocial que requiere seguimiento y manejo integral de su entorno socio familiar que contribuya a prevenir recaídas de la enfermedad mental y evitar futuras re hospitalizaciones.

7. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Exploratoria, debido a la no existencia a nivel institucional, de un estudio previo con respecto a los alcances y beneficios que para la población de asistidos tiene la reorganización estructural de la clínica estableciendo cinco actividades básicas que fueron realizadas de la siguiente manera:

- 7.1. **Recolección de datos.** Teniendo como herramienta de trabajo el archivo en Excel revisando los objetivos, construyendo la metodología y herramientas necesarias.

- 7.2. **Definición de áreas y servicios:** En consenso el grupo las define, establece y describe en la tabla Áreas y Servicios Asistenciales, sin olvidar la existencia de áreas de apoyo hospitalario que brindan soporte (Apoyo Logístico, mantenimiento, cocina, lavandería, apoyo tecnológico y comunicaciones, etc), y que serán impactadas de acuerdo a las necesidades de crecimiento resultantes del plan de reordenamiento institucional.

Tabla No.5. Áreas y Servicios Asistenciales

AREA	SERVICIOS
URGENCIAS	URGENCIAS
HOSPITALIZACION	UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO
HOSPITALIZACION	UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO
HOSPITALIZACION	UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO
HOSPITALIZACION	UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION FEMENINO
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION MASCULINO
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA
HOSPITALIZACION	FARMACODEPENDENCIA
HOSPITALIZACION	MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO
HOSPITALIZACION	PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL
HOSPITALIZACION	CLINICA DIURNA
AMBULATORIO	CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA
AMBULATORIO	CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA

Fuente: Resolución 1441 de 2013, Base de datos institucional

- 7.3. **Matriz de riesgos:** Tomando como base la matriz de riesgo, la cual se ajusta en 8 variables, se define la forma de calificación obteniendo como resultado la siguiente tabla de calificación y clasificación en alto 5, medio 3 y bajo 1.

Tabla No.6. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DE RIESGO

No.	VARIABLE	% Pond	DESCRIPCIÓN DEL FACTOR	ALTO (5 puntos)	MEDIO (3 Puntos)	Bajo (1 punto)
1	PRIORIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN	15%	Este servicio está priorizado por los miembros del equipo directivo	Alta Prioridad	Media Prioridad	Baja Prioridad
2	CUMPLIMIENTO NORMATIVIDAD VIGENTE	20%	Este servicio que nivel de cumplimiento respecto a la autoevaluación de la Habilitación, tiene en la actualidad	MENOR DE 67	DE 67 A 79%	MAYOR DE 80
3	CONTRIBUCIÓN AL LOGRO DE RESULTADOS ESTRATÉGICOS	15%	Nivel de impacto de los resultados o de gestión de la unidad auditable en el logro de estrategias y metas institucionales.	Aporte alto	Aporte medio	aporte bajo
4	CULTURA DEL AUTOCONTROL	15%	Nivel de autocontrol y gestión en la prestación del servicio	Existe documentación pero esta desactualizada y/o no existe evidencia de implementación y	Existe documentación actualizada pero no existe evidencia de implementación y	Existe documentación actualizada, evidencia de implementación y seguimiento
5	IMPACTO CAMBIOS	10%	Cambios ocurridos en el último año. Incluye cambios relacionados con personal, procesos, sistemas de información, entre otros.	Se han producido cambios importantes que pueden tener impacto significativo en el servicio o en la	Se han producido algunos cambios que pueden tener impacto moderado en servicio o la organización	Los cambio no han generado cambios significativos
6	COMPLEJIDAD DE LA OPERACIÓN	5%	Dificultad y especialización de la unidad auditable	La operación del servicio tiene muchos pasos y conlleva una alta especialización	La operación del servicio tiene muchos pasos PERO NO CONLLEVA ESPECIALIZACION	El servicio tiene una estructura simple y no implica especialización en su ejecución
7	IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN EN LA OPERACIÓN	10%	Corresponde al grado en que el cumplimiento de los objetivos de la unidad auditable depende de la utilización de tecnologías de información y el volumen de servicios.	Dependencia Alta	Dependencia Media	Dependencia Baja
8	ACCIONES LEGALES EN CONTRA DE LA INSTITUCIÓN POTENCIALES	10%	Potencialidad de generar procesos legales en contra de la institución por fallas en los procesos asistenciales del área	Alto Riesgo	Medio riesgo	Bajo riesgo

Fuente: Base de datos institucional

La calificación de la matriz de riesgo se realiza en consenso por el equipo básico, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla No.7. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DE RIESGO Resultados 1

PRIORIZACIÓN DEL UNIVERSO DE SERVICIOS	PRIORIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN			CUMPLIMIENTO NORMATIVIDAD VIGENTE			CONTRIBUCIÓN AL LOGRO DE RESULTADOS ESTRATÉGICOS			CULTURA DEL AUTOCONTROL			IMPACTO CAMBIOS		
	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial
	Descripción	15%	Ponderado	Descripción	20%	Ponderado	Descripción	15%	Ponderado	Descripción	15%	Ponderado	Descripción	10%	Ponderado
Elementos del Universo															
URGENCIAS	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	MEDIO	3	0,30
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,50
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES	ALTO	5	0,75	ALTO	5	1,00	BAJO	1	0,15	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
HOSPITALIZACION MASCULINO	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	1,00	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	1,00	BAJO	1	0,15	ALTO	5	0,75	MEDIO	3	0,30
PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	1,00	ALTO	5	0,75	MEDIO	3	0,45	BAJO	1	0,10
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	1,00	BAJO	1	0,15	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
FARMACODEPENDENCIA	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	1,00	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO	BAJO	1	0,15	BAJO	1	0,20	ALTO	5	0,75	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
CLINICA DIURNA	BAJO	1	0,15	ALTO	5	1,00	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
HOSPITALIZACION FEMENINO	BAJO	1	0,15	BAJO	1	0,20	MEDIO	3	0,45	ALTO	5	0,75	BAJO	1	0,10
			7,95			13,40			7,95			10,95			2,30

Fuente: Base de datos institucional

Tabla No. 8. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DE RIESGO Resultados

PRIORIZACIÓN DEL UNIVERSO DE SERVICIOS	COMPLEJIDAD DE LA OPERACIÓN			IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN EN LA OPERACIÓN			ACCIONES LEGALES EN CONTRA DE LA INSTITUCIÓN POTENCIALES			TOTAL	PUESTO
	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial	Calificación Riesgo		Ponderación Parcial		
	Descripción	5%	Ponderado	Descripción	10%	Ponderado	Descripción	10%	Ponderado		
Elementos del Universo											
URGENCIAS	MEDIO	3	0,15	ALTO	5	0,50	ALTO	5	0,50	4,70	1
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO	ALTO	5	0,25	ALTO	5	0,50	ALTO	5	0,50	4,60	2
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO	ALTO	5	0,25	ALTO	5	0,50	ALTO	5	0,50	4,60	3
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA	ALTO	5	0,25	ALTO	5	0,50	BAJO	1	0,10	4,60	4
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	MEDIO	3	0,30	4,10	5
HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	ALTO	5	0,50	4,00	6
HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	ALTO	5	0,50	3,70	7
HOSPITALIZACION MASCULINO	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	MEDIO	3	0,30	3,50	8
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	MEDIO	3	0,30	3,40	9
PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL	BAJO	1	0,05	BAJO	1	0,10	MEDIO	3	0,30	3,20	10
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA	MEDIO	3	0,15	ALTO	5	0,50	BAJO	1	0,10	3,20	11
FARMACODEPENDENCIA	BAJO	1	0,05	BAJO	1	0,10	BAJO	1	0,10	3,00	12
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	MEDIO	3	0,30	2,70	13
CLINICA DIURNA	BAJO	1	0,05	BAJO	1	0,10	BAJO	1	0,10	2,70	14
HOSPITALIZACION FEMENINO	MEDIO	3	0,15	MEDIO	3	0,30	MEDIO	3	0,30	2,40	15
			2,25			4,90			4,70	54,40	

Fuente: Base de datos institucional

7.4. Desde lo Administrativo

Se construye un instrumento que permite su calificación desde la rentabilidad económica, la demanda del servicio, la demanda insatisfecha, la percepción

de nuestros servicios en el mercado y su potencialidad, cuyos resultados se detallan en la siguiente tabla:

Tabla No. 9. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DESDE LO ADMINISTRATIVO

AREA	Rentabilidad Economica	Demanda servicio	Demanda insatisfecha	Percepcion en el mercado	Potencial	Puntaje Total	Puntaje ajustado	Nro.	Nro. Camas necesarias
FARMACODEPENDENCIA	4	3	3	3	3	16,0	5,0	1	10
8. INSTITUCIONALIZADOS	5	3	3	2	3	16,0	5,0	2	16
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA	2	4	3	3	4	16,0	5,0	3	
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA	2	4	3	3	4	16,0	5,0	4	
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO	2	3	3	3	4	15,0	4,7	5	7
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO	2	3	3	3	4	15,0	4,7	6	7
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO	2	3	3	3	4	15,0	4,7	7	0
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO	2	3	3	3	4	15,0	4,7	7	20
HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES	2	3	4	2	4	15,0	4,7	8	6
PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL	4	2	1	4	4	15,0	4,7	9	0
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	3	3	4	2	3	15,0	4,7	10	0
HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA	1	3	4	3	3	14,0	4,4	11	4
HOSPITALIZACION MASCULINO	2	3	3	3	3	14,0	4,4	12	10
HOSPITALIZACION FEMENINO	2	3	3	3	3	14,0	4,4	13	0
CLINICA DIURNA	2	3	2	3	4	14,0	4,4	14	
URGENCIAS	2	3	2	3	2	12,0	3,8	15	

Fuente: Base de datos institucional

7.5. Percepción del usuario:

Se toma la base de datos de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y el registro de actividades de solución del día a día. Durante el periodo hubo 5002 registros de los cuales 4.437 (88.7%) se generaron en consulta externa, 255 (5,1%) en hospitalización salud mental, 247 (4,9%) en las unidades de Cuidados Agudos; siendo las restantes representadas por valores entre el 0,4% y 0,1%. Para que estos bajos valores sean representativos dentro del puntaje otorgado fue necesario realizar un ajuste.

Tabla No. 10. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DESDE LA PERCEPCION DEL ASISTIDO

AREA OSERVICIO	DIMENSION										Total Nro	Total %
	OPORTUNIDAD ACCESIBILIDAD	INFORMACION-COMUNICACIÓN	OTRAS CAUSAS	TRATO	INTERVENCION PROFESIONAL	HOTELERIA	ACCESIBILIDAD	ALIMENTACION	NUTRICION			
CONSULTA EXTERNA	3806	372	55	60	73	7	60	4	0	4437	88,7%	
HOSPITALIZACION SALUD MENTAL	4	58	37	38	44	47	14	6	7	255	5,1%	
UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS	2	63	66	56	6	45	7	0	2	247	4,9%	
FARMACIA	22	3	2	1	0	0	7	0	0	35	0,7%	
URGENCIAS	1	8	0	1	3	0	8	0	0	21	0,4%	
NUTRICION	2	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0,1%	
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0,1%	
Total general	3838	504	161	156	126	100	96	11	10	5002	100,0%	

Fuente: Base de datos institucional

7.6. Gestión del Servicio

Se revisan las estadísticas del periodo comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 30 de junio de 2013, actividades realizadas y contratadas de los cinco principales pagadores (Nueva EPS, Compensar y Famisanar), frecuencias de uso, complejidad de la operación obteniendo la siguiente tabla

Tabla No. 11. MATRIZ DE CLASIFICACION Y CALIFICACION DESDE LA GESTION DEL SERVICIO

Area o Servicio	Complejidad DESDE LA GESTION DEL SERVICIO	Complejidad operación
URGENCIAS	3	4,4
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO	4	4,3
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO	5	4,1
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO	6	4,0
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO	6	4,0
HOSPITALIZACION FEMENINO	7	3,9
HOSPITALIZACION MASCULINO	7	3,9
HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES	7	3,9
HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA	7	3,9
FARMACODEPENDENCIA	8	3,8
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	5	4,1
PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL	9	3,6
CLINICA DIURNA	10	3,5
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA	1	4,6
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA	2	4,5
CONSULTA EXTERNA PSICOTERAPIA	2	4,5

Fuente: Base de datos institucional

7.7. HALLAZGOS

Para la consolidación de las cuatro miradas de cada servicio fue necesario construir una matriz que permitió dar un % ponderado de 35% al riesgo, 10% al administrativo, 25% a la gestión del servicio y 30% a la mirada desde el asistido. Los resultados se plasman en la siguiente matriz.

Tabla No. 12. MATRIZ DE RESULTADOS

	35%		10%		30%		25%		Puntaje Acum	Pto.
	Matriz de Riesgos		Administrativo		Asistido (P Q R S)		Operación			
	Nro	Puntaje	Nro	Puntaje	Nro	Puntaje	Nro	Puntaje		
CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA	4	4,6	3	5,0	1	5,0	1	4,6	4,77	1
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS FEMENINO	2	4,6	5	4,7	3	4,5	4	4,3	4,50	2
UNIDAD CUIDADOS AGUDOS MASCULINO	3	4,6	6	4,7	3	4,4	5	4,1	4,42	3
URGENCIAS	1	4,7	15	3,8	4	3,9	3	4,4	4,28	4
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA	11	3,2	4	5,0	1	5,0	2	4,5	4,25	5
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS MASCULINO	5	4,1	7	4,7	2	4,5	6	4,0	4,26	6
HOSPITALIZACION GERONTOPSIQUIATRIA	6	4,0	11	4,4	2	4,5	7	3,9	4,16	7
HOSPITALIZACION NIÑOS Y ADOLESCENTES	7	3,7	8	4,7	2	4,5	7	3,9	4,09	8
HOSPITALIZACION MASCULINO	8	3,5	12	4,4	2	4,5	7	3,9	3,99	9
FARMACODEPENDENCIA	12	3,0	1	5,0	2	4,5	8	3,8	3,84	10
PROGRAMA REHABILITACION INTEGRAL	10	3,2	9	4,7	2	4,5	9	3,6	3,85	11
UNIDA CUIDADOS INTERMEDIOS FEMENINO	13	2,7	7	4,7	2	4,5	6	4,0	3,77	12
MEDICINA INTEGRAL DEL ADULTO	9	3,4	10	4,7	5	3,2	5	4,1	3,65	13
HOSPITALIZACION FEMENINO	15	2,4	13	4,4	2	4,5	7	3,9	3,60	14
CLINICA DIURNA	14	2,7	14	4,4	2	4,5	10	3,5	3,61	15

Fuente: Base de datos institucional

El resultado de la priorización de los servicios coincide, plenamente, con la percepción del equipo, en primer lugar consulta externa por ser el servicio que mas actividades realiza, la complejidad de la operación, lo que implica desde lo financiero y el cumplimiento de indicadores. En segundo lugar están las unidades de Cuidados Agudos por el volumen, las oportunidades de mejora, lo mismo sucede con el servicio de urgencias.

Antes de continuar el detalle de recomendaciones que por servicio deben ser consideradas en la siguiente fase de consolidación de proyectos, es importante tener en cuenta algunas que son comunes para todos:

- Los proyectos deben responder en primer lugar a preservar los valores de la orden hospitalaria. los derechos y deberes de los asistidos, el bienestar de los colaboradores y en segundo lugar al análisis juicioso del riesgo especialmente en lo financiero y legal.
- Trabajar el concepto de Clínica Modular bajo tres miradas, la primera corresponde a lo asistencial el modelo de gestión, la segunda sobre la aplicabilidad en cualquier espacio físico con articulación sobre los existentes y la tercera en el desarrollo de infraestructura, redes, datos, telefonía, comunicaciones y el impacto sobre las áreas de apoyo y servicio.
- En la construcción de cada proyecto considerar “los factores críticos de éxito (FCE)” (variables que se deben tener en cuenta antes y después de iniciar ya que aportan información valiosa para alcanzar las metas y objetivos de la empresa. Sin embargo, la determinación de que es o que no es un FCE se basa en lo general de un juicio subjetivo, ya que no existe una fórmula para determinarlos con claridad.

7.8. MATRIZ DOFA

7.8.1. Debilidades

- *Alta rotación del Talento Humano.*
- *Sistema de información en Proceso de Implementación.*
- *Comunicación Organizacional.*
- *Infraestructura antigua y con alto riesgo de deterioro y considerado patrimonio arquitectónico que impide intervenciones inmediatas y limitación en la ampliación.*
- *No respuesta a la demanda con cumplimiento de todos los atributos de calidad requeridos.*
- *Ausencia de un análisis de costos que permita valorizar los servicios y programas de una manera más acertada teniendo en cuenta que actualmente nuestras tarifas en farmacodependencia e institucionalizado no son competitivas.*

- *Tecnología Biomédica desactualizada (Tecar Maquina de Anestesia).*

7.8.2. Oportunidades:

- *Conocimiento de nuestros clientes nos permite desarrollar servicios de acuerdo a sus necesidades.*
- *Establecer nuevas unidades de servicio para inimputables.*
- *Centro de Referencia de Salud Mental para las diferentes entidades de salud.*
- *Mayor oferta de servicios por capacidad instalada.*
- *Complementador del Servicios terapéuticos en salud Mental para Centros de Protección.*
- *Reconocimiento por el Ente territorial a la Clinica de Nuestra Señora de la Paz como Institución especializada y con experiencia en el manejo de la Salud Mental.*
- *La capacidad instalada de las entidades públicas y privadas es insuficiente e inadecuada.*

7.8.3. Fortalezas:

- *Experiencia en el Sector Salud Mental.*
- *Factor diferenciador, basado en el Carisma Hospitalario.*
- *Alianzas estratégicas basadas en la confianza con los aseguradores.*
- *Trabajo Interdisciplinario con enfoque en la rehabilitación.*
- *Implementación y Fortalecimiento en la accesibilidad a los servicios con ampliación de centros Satélites de atención.*
- *Intervención clínica que involucra la RED de apoyo del asistido (Paciente – Familia).*
- *Equilibrio Financiero.*
- *Docencia e Investigación*
- *Ampliación de nuevos nichos de mercado.*
- *Gestión y control de las Agendas.*

7.8.4. Amenazas:

- *Inestabilidad Financiera del Sector Salud.*
- *Cambio constante en la normatividad.*
- *EPS Intervenidas en proceso de liquidación.*
- *Porcentaje de distribución en la UPC en mayor proporción para enfermedades generales.*
- *Aparición de nuevos centros de atención con tarifas con las cuales no se pueden competir.*

8. PROPUESTA

8.1. Definición del Negocio

La Clínica de Nuestra Señora de la Paz presta los servicios en el Sector Salud en las siguientes áreas:

- *Salud Mental Agudos.*
- *Rehabilitación en Farmacodependencia*
- *Atención Especializada ambulatoria de Pacientes de Protección Social – Sibate.*
- *Pacientes Inimputables.*
- *Pacientes larga estancia.*

8.2. Concepto Empresarial.

Prestar servicios de alta calidad bajo el Carisma de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, en las áreas de: Salud Mental Agudos, Rehabilitación en Farmacodependencia, permitiendo un equilibrio financiero a la Clínica de Nuestra Señora de la Paz.

8.3. Ámbito geográfico en el que operará la institución.

Operará en Bogotá, Colombia en el Occidente de la ciudad. En una zona Industrial y residencial donde se encuentran proyectos de desarrollo Urbanístico. Por encontramos dentro de un nuevo Plan de regularización territorial, se realizarán cambios que mejoran la accesibilidad a la IPS, haciéndonos más atractivos y seguros para nuestros visitantes.

8.4. Ventajas comparativas de la institución.

- *60 Años de experiencia, al servicio de la salud mental y rehabilitación de los Bogotanos, contando con amplias zonas verdes, recreativas y deportivas para el trabajo con los pacientes.*
- *Es una de las entidades con capacidad instalada más grande de la ciudad 377 camas.*
- *Fortalecidos por una atención Humana respaldada por el Carisma de la Hospitalidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*

8.5. Problema que resuelve la propuesta de la institución

- *El portafolio de servicios que ofrece la Clínica de Nuestra Señora de la Paz pretende impactar en la salud Mental de la población*

afiliada al sistema de salud en el proceso de enfermedad, desde su tratamiento hasta su rehabilitación.

- *Las enfermedades de salud Mental son una preocupación de salud pública creciente que afecta profundamente la calidad de vida de los ciudadanos y que impacta en todos los sectores de la sociedad.*
- *La región de Cundinamarca carece de capacidad instalada con experiencia para el manejo de este tipo de situaciones, por lo cual nos convertimos en la institución más capacitada para responder a estas demandas.*
- *En los últimos años la infraestructura de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz ha resultado insuficiente y deteriorada para dar respuesta a la atención de la población usuaria generando sobreocupación en algunos servicios como las unidades de cuidado agudo masculino y femenino, la inexistencia de una unidad de cuidado intermedio que repercute en la sobreocupación, el incremento de insatisfacción de nuestros usuarios y colaboradores como consecuencia de lo anterior se aparta de la visión carismática de la Orden Hospitalaria al estilo de San Juan de Dios.*

8.6. Objetivos principales del centro.

- *Mejorar las condiciones de infraestructura con el fin de impactar la calidad de la atención en relación a la ocupación de los servicios y los indicadores hospitalarios en general.*
- *Atender de manera especializada y humanizada a pacientes con enfermedades mentales hospitalaria y ambulatoriamente.*
- *Atender de manera especializada a pacientes con historia de dependencia al alcohol, sustancias y otras adicciones.*
- *Atender de manera especializada e integral a pacientes declarados inimputables.*
- *Impactar el curso de la enfermedad mental mediante la gestión clínica integral para la disminución del deterioro y procurar la Rehabilitación Integral del paciente.*

8.7. ANALISIS DEL CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO

- Entorno actual y proyectado
- Condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y tecnológicas (PESTEL- Ámbitos político, económico, social, tecnológico, ecológico y legal) que impactan directamente en el proyecto y definen el entorno de negocios de la institución.

8.7.1. Ámbito Político

- Ordenamiento por parte del ente Territorial, para la atención psiquiátrica de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, voluntad política de la contratación con particulares, toda vez que la red pública Distrital no tiene suficiencia para la atención de estos usuarios.
- Existe un interés del Estado por implementar y vigilar que se cumplan las políticas en Salud Mental.
- Voluntad del Ministerio de Salud y Protección Social para el aumento tarifario de los pacientes Inimputables y traslado del proyecto a otra sede de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz.
- Cambios frecuentes conceptuales y Normatividad en Salud.

8.7.2. Ámbito legal

- La ley 1616 del 21 de enero del 2013, (Artículo No 3): define que la salud es de interés y de prioridad nacional para la Republica de Colombia, es un derecho fundamental, tema prioritario de Salud Pública, bien de interés público y componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la Calidad de vida de los colombianos. (Artículo 4): define que El Ministerio de Justicia el INPEC y las entidades prestadoras del Servicio de Salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de la libertad y garantizar los derechos a los que refiere el artículo sexto de la ley; así mismo podrá concentrar dicha población para su debida atención. Los pacientes mentales no podrán ser aislados en celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

- **CIRCULAR 009 DE 2016**

La Circular Externa 009 de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de abril, imparte las instrucciones administrativas generales para el diseño e implementación del SARLAFT * de todas las entidades jurídicas y naturales que hace parte del SGSSS, especialmente a las EPS e IPS públicas o privadas *SARLAFT: “Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo”.

- **CIRCULAR EXTERNA 013 DE 2016 SUPERSALUD**

Las entidades vigiladas deberán garantizar el acceso a los servicios de salud Y NO PODRAN IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE CIERRE DE SERVICIOS de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como mecanismo para exigir el pago de obligaciones a cargo de sus aseguradores y TAMPOCO podrán utilizar otras medidas, acciones o procedimientos administrativos de cualquier tipo, que directa o indirectamente obstaculicen , dificulten o limiten el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud.

- **RESOLUCIÓN 3435 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

Por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de la Resolución 5395 del 2013 donde se estableció el procedimiento de recobro ante el FOSYGA y dispuso, en sus artículos 16, 34 y 38, los requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente, la presentación de las solicitudes de acuerdo con el cronograma para la radicación de recobros y los requisitos para el giro previo de recursos al proceso de auditoría, respectivamente.

- **ACTUALIZACIÓN DE LOS ANEXOS TÉCNICOS CUPS - RESOLUCIÓN 5975 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

La Resolución 5975 de 2016 modifica el anexo técnico 1 y sustituye el anexo técnico 2 adoptados en la Resolución 4678 de 2015, que establece los mecanismos para la actualización periódica de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS y su implementación en todo el territorio nacional.

- Dentro de la nueva Legislación, La orden buscará acercamiento con el Ministerio de Salud y Protección Social para asesorar en cuanto a la reglamentación y normatividad en Salud Mental.

8.7.3. Ámbito Económico:

- Inestabilidad del Sistema de Salud.
- Expectativas frente al Cierre de EPS Intervenidas.
- Cartera de Difícil cobro a EPS Intervenidas.
- Falta de oportunidad en las actividades de auditoría para el levantamiento de glosas, reserva de glosas y conciliación de cuentas.
- Homologación de UPC y planes de Beneficios en el Régimen Subsidiado.

8.7.4. Ámbito Socio-Cultural:

- Teniendo en cuenta la afirmación del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2015, se menciona en la Encuesta Nacional de Salud Mental “que el diagnostico principal de la población será la: Depresión Unipolar”.
- La expectativa de vida proyectada para el 2013-2016 está en 80 años, siendo un número importante de población a contemplar con enfermedades mentales, crónicas, y aumento en la incidencia de enfermedades degenerativas y pacientes de cuidados paliativos.
- Presión Social relacionada con la moda y los hábitos alimenticios.
- Mayor cubrimiento de los servicios de Salud para el régimen Subsidiado.
- Mayor conocimiento del sistema de salud por parte de los Usuarios.

- Se evidencia abandono Social por parte de la Red de Apoyo.

8.7.5. **Ámbito Tecnológico**

- Sistema de Información en Proceso de Implementación.
- Historia Clínica Sistematizada.

8.7.6. **Ámbito Ecológico**

- Políticas de Hospital verde
- Adecuada Segregación de recursos Hospitalarios.

8.8. **ANÁLISIS DEL AMBIENTE DE NEGOCIOS Y MERCADO**

A continuación, se referencian los competidores frente a la oferta de Psiquiatría de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz:

<i>Entidad</i>	<i>Servicios</i>
<i>Clínica Inmaculada</i>	*Hospitalización *Consulta Externa <ul style="list-style-type: none"> * Urgencias Psiquiátricas * Hospital Día * Clínica de Alteraciones Cognitivas y Memoria * Terapia Familiar * Psiquiatría de Niños y Adolescentes
<i>Clínica Santo Tomas</i>	*Psiquiatría *Farmacodependencia y Alcoholismo *Paciente de Larga Estancia
<i>Clínica Retornar</i>	*Urgencias psiquiátricas 24 horas *Hospitalización *Hospital día *Consulta Externa psiquiátrica, psicológica *Manejo de adicciones de sustancias psicoactivas y del comportamiento
<i>Clínica Monserrat</i>	*Urgencias psiquiátricas 24 horas *Hospitalización *Hospital día *Consulta Externa psiquiátrica, psicológica *Manejo de adicciones de sustancias psicoactivas (Campoalegre) *Laboratorio clínico *Botánica Mental

<i>Red - Pública Distrital</i>	<i>*ESE distrital, hospitalización</i>
<i>Instituciones Privadas Especializadas por Patologías</i>	<i>*Clínicas especializadas como Clínica de la memoria.</i>
<i>Instituciones de Farmacodependencia</i>	<i>*Centros privados de tratamiento para pacientes con farmacodependencia.</i>

Fuente: Referenciación de Competencia “Oficina de mercadeo Clínica de Nuestra Señora de la Paz 2.016”.

Teniendo en cuenta el referenciación del frente nuestra oferta se puede determinar, que la Clínica Inmaculada, Santo Tomás y Retornar, son competencia directa en psiquiatría, estas entidades atienden el resto del Régimen Contributivo.

9. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

La clínica debe garantizar que sus gastos no superen el 24% de los ingresos operacionales, el costo el 65% y garantizar una rentabilidad del 13%. La clínica debe mantener la eficiencia en su ciclo económico para lograr mejorar la rentabilidad y garantizar la viabilidad del proyecto.

Se proyectan unas ventas en los próximos 60 meses por ciento ochenta y unos mil ochenta y unos millones ochocientos cinco mil pesos (\$181.081.805.000).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
VENTAS	19.839.689	24.139.796	34.696.224	44.934.578	47.816.742	12.654.776	184.081.805
RECAUDO	18.794.159	25.233.796	29.280.024	33.202.367	35.638.479	6.788.426	148.937.250

Fuente: Base de datos institucional

De estas ventas la clínica debe garantizar un recaudo de ciento cincuenta y un mil millones seiscientos sesenta y uno seiscientos veinte cinco pesos (\$151.661.625.000) Que equivale a un 87% de las ventas. Si el recaudo disminuye de este porcentaje afectara la viabilidad del proyecto.

Es necesario que se realice un seguimiento a la ejecución presupuestal para mantener la eficiencia en el manejo del costo y gasto de la clínica y garantizar el recaudo mínimo proyectado. Un aumento en el recaudo proyectado permitirá a la institución disminuir la utilización de recursos del sector financiero.

Tabla No.13. PRESUPUESTO DEL PROYECTO POR FASES.

FASE / PROYECTO	Valor
FASE 0	\$ 116.000.000
Estudio de sismoresistencia	\$ 116.000.000
FASE 1	\$ 1.030.500.000
Construccion sede Integral Ambulatoria Chapinero	\$ 916.500.000
Intervención de Medicina Integral del Adulto	\$ 48.000.000
Adecuaciones bloque Administrativo	\$ 66.000.000
FASE 2	\$ 1.499.400.000
Intervencion geronto psiquiatria	\$ 67.000.000
Intervención hospitalizacion masculino	\$ 604.000.000
Intervención PRI (área recuperada y talleres)	\$ 805.600.000
Intervencion áreas administrativas libres	\$ 22.800.000
FASE 3	\$ 3.275.000.000
Construccion sede Integral Agudos	\$ 3.275.000.000
FASE 4	\$ 1.112.400.000
Bloque Docencia e Investigación (Construcción niños y adolescentes)	\$ 534.600.000
Bloque Docencia e Investigación (Construccion zona comodin)	\$ 577.800.000
FASE 5	\$ 1.217.600.000
Intervencion farmacodependencia (incluye cubiertas y bajantes)	\$ 653.514.124
Intervención Institucionalizados (incluye cubiertas y bajantes)	\$ 564.085.876
FASE 6	\$ 580.000.000
Intervencion area logistica y mantenimiento	\$ 160.000.000
Intervencion intermedios masculino	\$ 420.000.000
Total general	\$ 8.830.900.000

Fuente: Base de datos institucional

Tabla No.14. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROYECTO.

FASE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	Marzo de 2.017																					
			L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
DIAGNOSTICO	Elaborar técnicamente el diagnóstico o línea base del estado institucional actual, por cada servicio, desde la infraestructura, la capacidad instalada, comprometida, la administración del riesgo y la percepción del usuario.	RECOLECCION DATOS																						
		VALIDACION INFORMACION																						
		ANALISIS																						
		PRIORIZACION INICIAL																						
		PRESENTACION DOCUMENTO BASE																						
DISEÑO DEL PROYECTO GENERAL	Plantear escenarios de reordenamiento institucional por servicio para finalmente articularlos y culminar el el Plan de Reorganización Institucional 2014-2019	SESION GENERAL APERTURA LINEAMIENTOS																						
		SESION MIA																						
		SESION HOSPITALIZACION																						
		SESION FARMACODEPENDENCIA																						
		SESION PRI																						
		SESION SERVICIOS AMBULATORIOS																						
		SESION URGENCIAS				x																		
		SESION GENERAL CONCLUSIONES	x	x	x							x	x			X	x	x	x	x			X	x
	Elaborar el Documento final Proyecto de Reorganización Institucional CNSP 2014-2019	PRIORIZACION CONSOLIDACION PROPUESTAS																						
		TALENTO HUMANO										x				X								
		PRESUPUESTO Y PROYECCION FINANCIERA										x				X								
		ARTICULACION Y COMPLEMENTARIEDAD										x				X							X	x
	Documento Proyecto de Reorganización Institucional CNSP 2014-2019	CONSOLIDACION										x				x							X	x
PRESENTACION DOCUMENTO FINAL											x				x							X	x	

Fuente: Base de datos institucional

10. CONCLUSIONES

- Es necesario reorganizar los servicios de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz para dar respuesta a la demanda creciente de los problemas de salud asociados a la enfermedad mental en la ciudad de Bogotá, a través de un proyecto general de reubicación de áreas e infraestructura por cada servicio, teniendo en cuenta la planta actual en distribución arquitectónica y proyección de planta a partir de la información arrojada en la fase diagnóstica y sobre la base del carisma de San Juan de Dios promulgado y difundido por la Orden Hospitalaria.
- Establecer las necesidades de la planta física, procesos y procedimientos que respondan al cumplimiento de la normatividad vigente, las específicas de la institución, de la Orden Hospitalaria De San Juan De Dios, del mercado y el Sistema General de Salud, definiendo las áreas y reubicación de servicios, para realizar la proyección de infraestructura y de servicio, teniendo en cuenta la normatividad vigente, ambiente físico, seguridad, hospitalidad y disminución del riesgo.
- En la organización actual del Modelo de atención se refleja, la insuficiencia para dar respuesta a las necesidades de atención en Salud Mental a los clientes con los cuales se tiene una relación contractual vigente.
- La reorganización de los procesos de atención pretende alcanzar los niveles de calidad estipulados en la institución y de acuerdo a la normatividad vigente, dando respuesta al volumen de necesidades actuales identificadas dentro del Diagnóstico de Salud mental realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2015.
- La concepción de la clínica pensada a manera de módulos favorecerá la movilidad del paciente dentro de la misma, generando una dinámica interna a partir de la reorganización estructural, mejorando así el modelo de atención.
- La atención especializada en el ámbito de la salud mental, al interior de la institución brindará las condiciones de comodidad y seguridad en pro de la calidad en la atención a los pacientes, ofreciendo espacios diferenciados, por sexo, nivel de funcionalidad de la población atendida, programas de intervención y de acuerdo con el estado clínico de los asistidos.
- La clínica debe garantizar que sus gastos no superen el 24% de los ingresos operacionales, el costo el 65% y garantizar una rentabilidad del 13%. La clínica debe mantener la eficiencia en su ciclo económico para lograr mejorar la rentabilidad y garantizar la viabilidad del proyecto.
- El no cumplimiento de las ventas y recaudo proyectado se convertirá en una limitación para la realización y la viabilidad del proyecto.

- Un aumento en el recaudo proyectado permitirá a la institución disminuir la utilización de recursos del sector financiero.
- Se recomienda realizar estricto seguimiento a la ejecución presupuestal de los ingresos de la clínica, para mantener la eficiencia en el manejo del costo y gasto de la clínica y garantizar el recaudo mínimo proyectado.

10. BIBLIOGRAFÍA

Clínica Nuestra Señora De La Paz. (2014). Portafolio de Servicios. Bogotá - Colombia.

Jimena, M. (2014). Modelo Asistencial Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Bogotá -Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Orden Hospitalaria de San Juan De Dios. Carta Institucional de Derechos y Deberes de los asistidos 2015.

Orden Hospitalaria De San Juan De Dios. La Pastoral según el estilo de San Juan De Dios. Roma 2012.

Referenciación de Competencia. Oficina de mercadeo Clínica de Nuestra Señora de la Paz 2.016.

Secretaria Distrital de Gobierno. Plan de Ordenamiento Territorial de la ciudad de Bogotá (POT) 2015.