



2018

INFORME DE LA DIRECTORA GENERAL A LA ASAMBLEA GENERAL

Aura Victoria Carrascal Márquez
Directora General



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA



INFORME DE LA DIRECCION PARA LA ASAMBLEA ORDINARIA DE MARZO 10 de 2018

Aura Victoria Carrascal M
Directora General ICSN
Bogotá, Febrero 21 de 2018

INTRODUCCION:

Señor Doctor Guillermo Acosta González Presidente de la Junta Directiva del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Señores Doctores Miembros de la Junta Directiva, apreciados Miembros.

Es para mí, un honor y una responsabilidad, dirigirme a ustedes, en esta Asamblea, como Directora General del Instituto, cuando voy a cumplir dos años de haber asumido esta función.

Deseo agradecerles sus manifestaciones de respaldo a lo largo de este tiempo, sus comentarios respetuosos, sus sugerencias inquietudes y aportes, todos importantes para el buen cumplimiento de esta tarea que me resulta muy motivadora. Sea también el momento de agradecer al equipo humano que labora en el Instituto por todo su trabajo, dedicación y compromiso. No me canso de repetir en todos los escenarios que lo mejor del Instituto es su capital humano.

En mi Carta de la Directora de Julio 31 de 2016, les enuncié unos principios fundamentales sobre los cuales basaría mi gestión que hoy como hace un año deseo recordar pues han sido constantes en mi actuar:

1. **El Instituto lo conformamos todos:** miembros, trabajadores, estudiantes, egresados, pacientes y familias, proveedores, aliados estratégicos, amigos del instituto.
2. **El respeto de los contextos es una prioridad:** en los procesos comunicativos y de toma de decisiones este es un aspecto fundamental.
3. **Una cultura de humanismo y bienestar:** si nuestro objetivo es brindar salud mental, debemos cuidar nuestra salud mental; así que esta es una premisa importante y velamos por ella desde los diferentes escenarios, con una mirada amplia.
4. **Una perspectiva histórica:** el ICSN cumplió 66 años con los logros por todos conocidos gracias a la visión de sus fundadores, al buen juicio y determinación de las sucesivas generaciones vinculadas al proceso. Hoy nos corresponde soñar el instituto para el futuro, con un compromiso firme con las próximas generaciones.
5. **Una renovación del sentido de pertenencia:** buscando una mayor participación de los miembros en los diversos escenarios de la actividad institucional.

Con estos principios fundamentales, y bajo las directrices de los mandatos de la Asamblea y el Plan de Acción trazado por la Junta Directiva he enmarcado la gestión, buscando mantener y fortalecer los logros alcanzados, dándole vida en lo posible a las iniciativas de los miembros, todo esto en el cumplimiento de la normatividad vigente y de las exigencias con miras a la acreditación.

Para la presentación de mi informe me referiré a los temas y grados de cumplimiento de las directrices derivadas de la Asamblea y el Plan de acción de la Junta para el periodo 2016-2018 consignado en el acta No.956 de mayo 20 de 2016, y a lo señalado en el acta de la asamblea anterior. Paso a consignar el estado del arte en cada uno de los puntos.

RESUMEN DIRECTRICES Y PLAN DE ACCION 2016-2018

1. Reforma Estatutaria
2. Proyecto Universitario PSIMONART
3. Consolidar Y Posicionar La Imagen Institucional
4. Escalafón Docente Y Fortalecimiento De La Docencia E Investigación
5. Gestión De Calidad Y Acreditación
6. Niñez Y Adolescencia
7. Revisión Del Organigrama Para El Fortalecimiento De La Gestión
8. Fortalecimiento Del Talento Humano
9. Plan De Capacitación
10. Seguridad Y Solidez Financieras
11. Obras E Inversiones En Planta Y Equipos
12. Atención De Los Aspectos Legales
13. Gestión De Nuevos Proyectos

INFORME

Informe de ejecución 2017-2018

I. Reforma Estatutaria

Este fue un tema desarrollado por la Junta por medio de su Comité de Reforma de Estatutos. La Dirección General participó brindando el apoyo logístico y administrativo pertinente, para el cumplimiento de esa tarea. El pasado 3 de Febrero se celebró la segunda Asamblea Extraordinaria de Reforma de Estatutos que aprobó la reforma.

II Seguimiento al Proyecto Universitario Psimonart:

Recuperamos las claves del **SACES** (Sistema de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior) para el seguimiento periódico de nuestro proceso de personería jurídica ante el **MEN** (Ministerio de Educación Nacional), al que también hemos realizado visitas periódicas para saber a cerca del curso de nuestro proceso, encontrando que después de la apelación de la respuesta negativa que recibimos en Octubre de 2016, y que presentamos en nov de 2016 en

las fechas estipuladas para el mismo, dicha respuesta ya fue vista por la Sala pero el concepto quedó para firma en la oficina del Ministro sin que hayamos obtenido una nueva respuesta. Hemos explorado con tres nuevas firmas asesoras la opción de reiniciar todo el proceso, en caso de que este sea el mandato de la asamblea.

A continuación les presento un cuadro resumen de la cronología y la inversión al respecto:

AÑO	BENEFICIARIO	CONCEPTO	VALOR
2007	Consortio UTP	Elaboración proyecto educativo FESAM.	\$ 41.481.000,00
	Mónica Uribe	Comentarios jurídicos y asesoría texto UTP.	985.000,00
2009	Germán Villegas González	Estudios para la creación de una Institución de Educación Superior.	10.780.000,00
2010	Germán Villegas González	Se firma Contrato para inicio de actividades creación de Institución de	30.000.000,00
2011	Aura Victoria Carrascal Márquez	Elaboración Programas en Psiquiatría y coordinación programas de Salud Mental.	30.000.000,00
	José Posada Villa.	Revisión Registro Calificado .	15.000.000,00
	Fred Armando Pizza Tovar	Elaboración viabilidad financiera	8.500.000,00
2014	Hugo Bonilla	Evaluación documentos Pimentar.	11.111.000,00
	Germán Villegas González	Asesoría evaluación documental y reconocimiento de personería jurídica.	58.000.000,00
	Ministerio de Educación	Registro reconocimiento de Personería Jurídica.	30.800.000,00
	Varios.	bonificación de un millón de pesos por cada uno que atendió la visita de pares.	10.000.000,00
SUMAN			\$ 246.657.000,00

III. Consolidar y posicionar la Identidad Institucional

El cumplimiento de este punto, lo hemos desarrollado bajo la directriz del logro de la **Acreditación**. Por lo tanto hemos contado con la asesoría y el respaldo de nuestra firma consultora **FDF Consulting**, que les presenté en la asamblea anterior, que tiene en su record haber acompañado de manera exitosa a la Fundación Clínica Shaio, Fundación Santa Fe, el Hospital Universitario la Samaritana entre otros; y que nos viene apoyando desde noviembre de 2016.

Anoto que las acciones que voy a describir a continuación toman en cuenta a nuestro cliente interno (miembros, trabajadores directos o temporales, colaboradores como asesores y proveedores, residentes y estudiantes) y al cliente externo (usuarios, pacientes, familiares, comunidad científica, educativa, social).

Al respecto se realizaron las jornadas de **Direccionamiento** con la participación de todas las instancias institucionales, desde la Junta Directiva hasta los usuarios, incluyendo a los tratantes y residentes, con las cuales se elaboró la **Planeación Estratégica** para los próximos 5 años, orientada al logro de la acreditación, es decir que lo que consignemos sea medible, objetivable, traducible a indicadores y sea letra viva en el hacer del día a día, y con la visión de convertirnos en Hospital Universitario en el 2022.

Así la nueva **Misión** del Instituto que resume las anteriores es:

El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso ICSN es una entidad privada, que presta servicios de atención en salud mental, centrados en las necesidades del paciente, basados en la evidencia científica y practicas seguras además de servicios docentes con énfasis psicodinámico.

La Visión: En el 2022 el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso prestará servicios asistenciales, de investigación y de docencia, con calidad superior. Lo que le permitirá ser un hospital universitario.

Los Principios y Valores: Tomamos la Declaración de Principios de los miembros aprobados en 2012, y con base en estos se definieron los principios y valores que determinan nuestra cultura institucional.

Aprendizaje. Capacitamos, actualizamos y formamos de manera permanente y sistematizada, lo que determina el mejoramiento continuo.

Responsabilidad. Asumimos nuestras actividades y funciones por acción u omisión de manera oportuna y efectiva procurando la reparación cuando es pertinente.

Comunicación asertiva. Escuchamos de manera atenta y nos expresamos empáticamente por medio de mensajes claros y efectivos.

Trabajo en equipo. Logramos el cumplimiento de los objetivos, lo construimos juntos valorando el aporte individual.

Honestidad Ofrecemos lo que podemos cumplir y nos esmeramos en lograrlo con justicia y verdad.

Respeto. Entendemos este valor como reciproco, basados en el reconocimiento de los derechos del otro y nuestras diferencias, en donde no se da cabida a las ofensas, o cualquier tipo de violencia.

Políticas: que se establecieron por exigencias de ley y de acreditación. Pueden ser consultadas en el sistema **Almera** que les recuerdo es nuestra herramienta de Gestión de Calidad.

- Política de promoción y prevención del acoso laboral
- Política de referenciación
- Política ante emergencias
- Política de prevención del consumo de alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas
- Política de responsabilidad social
- Política de seguridad del paciente
- Política de investigación
- Política de gestión del riesgo
- Política de docencia-servicio

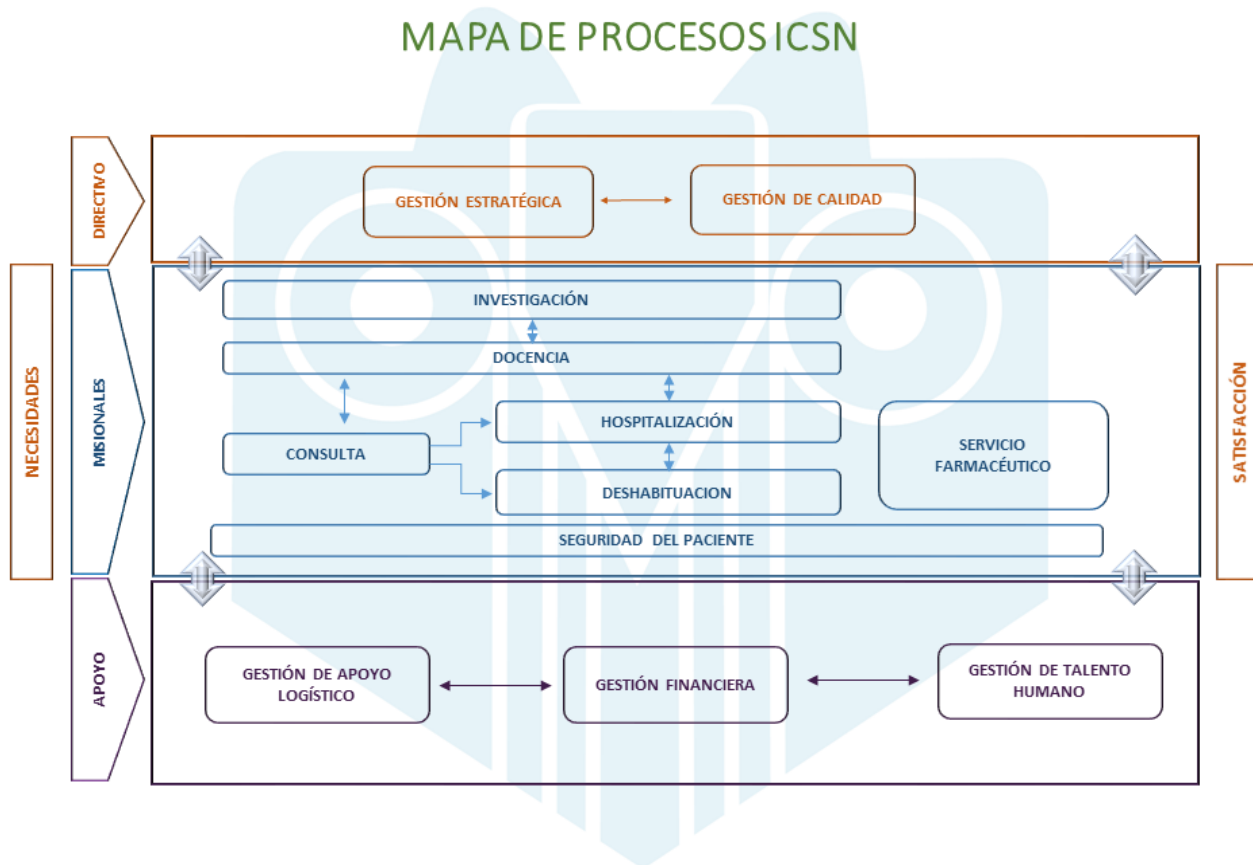
- Política de humanización
- Política de compras
- Política de gestión de la tecnología
- Política de calidad
- Política de talento humano-Política de Beneficios

Nuestro modelo de atención actual quedó definido como:

Modelo de Atención: CHESS

C ALIDAD DE VIDA
H UMANIZADA (atención)
E VIDENCIA. (basado en)
S EGURO
S OSTENIBLE

Mapa de Procesos: que fue actualizado, con miras a acreditación y que sirve de base para nuestros nuevos centros de costos.



MP-GC-01 / VERSIÓN 7 / 2018-02-02

Todas las anteriores informaciones se han desplegado y divulgado a los diferentes estamentos cerrando con la Feria de Acreditación de Diciembre 20 de 2017 en que con una metodología

lúdica e interactiva abarcamos una divulgación del 100% de los trabajadores e iniciamos una serie de reuniones de divulgación a los usuarios.

Sin duda esto ha generado un proceso de reflexión y transformación profundo con relación a nuestro quehacer que ha pasado por la revisión de nuestro **Modelo Asistencial** para el cual hemos realizado mesas de trabajo con todos los actores, incluyendo a representantes de los tratantes. En el nuevo modelo el equipo de planta se convierte en el “garante de la calidad” es decir de la promesa de valor del Instituto. Así la planta de Psiquiatras vigila que se cumpla la adherencia a las guías asistenciales, y se enseñe la psiquiatría dinámica anotadas en nuestra misión, mediante la estrategia de atención de los grupos sindromáticos. El personal de enfermería hace sus diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y mediante ellos elabora un plan con unos objetivos terapéuticos de su área a desarrollar. Terapia Ocupacional a su vez hace su diagnóstico por el Modelo de Ocupación Humana y elaborara sus objetivos terapéuticos. De esta manera es que el equipo colabora con el tratamiento de los pacientes cuyas decisiones y responsabilidades quedan en cabeza de los tratantes. Esperamos iniciar este modelo ya ajustado en este semestre.

PFI (programa de formación institucional) que incluye el programa de docencia de la Especialización en Psiquiatría, así como el seguimiento a los demás acuerdos docentes; temas que estamos trabajando con miras a la consecución de la visión de convertirnos un Hospital Universitario. No podemos tener un **PEI** pues a la fecha aún no somos una institución educativa

Somos conscientes que nos correspondió un momento histórico especial, de cambio y consolidación de nuestra imagen institucional, para que fieles a nuestro sello e impronta, soñemos un instituto para las nuevas generaciones, acordes a los retos y vicisitudes de la Psiquiatría y la Salud Mental en un mundo de transformaciones vertiginosas.

Con relación al posicionamiento de nuestra imagen frente al cliente externo y con el liderazgo de Alexander Rivera nuestro comunicador, se han efectuado diferentes acciones:

1. un trabajo importante en cuanto a los avances en nuestra **página web** que ahora tiene un formato para Dispositivos Móviles, no solo PC;
2. un manejo de **redes sociales** acorde con un **robot** que nos señala y tipifica a los usuarios, los tipos de consultas, las horas de las mismas, las preguntas frecuentes, todos estos temas a los que tratamos de dar respuesta, además de divulgar nuestros temas de interés, eventos, convenios, etc.
3. Se fortaleció la presencia en **Redes Sociales** (Facebook) lográndose un mayor alcance en nuestras publicaciones, llegando a 14.656 personas. De igual forma se mejoró el impacto de comunicación de las actividades organizacionales enfocadas a la Acreditación y en la adherencia a los valores institucionales por ejemplo la semana de la salud, el bienestar y el buen trato fue considerada como efectiva en un 55% y como muy efectiva en un 37.5% por los colaboradores.
4. Se rediseñó la imagen del **Boletín** en cuanto a formato y divulgación que ustedes han apreciado, ampliando sus contenidos incluyendo nuevas secciones con la participación de todas las áreas, y abarcando un mayor cubrimiento en cuanto a divulgación llegando no solo a miembros, staff y egresados, sino intercambiando con las diferentes asociaciones científicas

con las que tenemos contacto, los laboratorios entre otros. Lo anterior tuvo un impacto en el sentido de pertenencia. Este canal tuvo un 70% de interés como principal herramienta de comunicación interna por parte de los colaboradores, (según encuesta de comunicación realizada en dic de 2017 y enero de 2018) seguido por las Carteleras digitales (TV): con un 67.5% de interés, gracias a su enriquecido contenido, mayor impacto y recordación de los mensajes difundidos por este medio.

5. Les recuerdo que las **Carteleras Digitales** están ubicadas en las pantallas de TV de la recepción, consulta externa y frente a atención al usuario en el hall de entrada a la zona hospitalaria; todas estas son mejoras a la planta física y equipos que implementamos en esta gestión el año anterior.

6. Se está estructurando el área de **Comunicaciones Organizacionales** desde el segundo semestre del año pasado; que junto con Talento Humano tienen la tarea de favorecer estrategias que ayuden al cuidado del cliente interno fortaleciendo la comunicación asertiva gestionando de manera eficaz y positiva la información a través de los canales más adecuados para cada circunstancia y así evitar factores negativos como la desinformación.

7. Se diseñó el **Manual de Comunicaciones**, con el objetivo de consignar las diferentes estrategias a utilizar en el ICSN para el mejoramiento y fortalecimiento de los procesos de comunicación tanto al interior como hacia nuestros usuarios.

8. De otra parte, hemos formalizado una **Línea institucional de imagen corporativa** en lo referente a papelería, diagramación, avisos, colores que incluye todas las presentaciones del instituto en los diferentes escenarios académicos, como presentaciones para los congresos, posters, etc.

9. Como nuevos canales de comunicación internos se implementaron y formalizaron los grupos de **Whatsapp**, logrando un cubrimiento y respuesta inmediata de los mensajes corporativos, teniendo este canal un 52,5% de interés y un 30% de demasiado interés de los colaboradores. Los anteriores indicadores son evidenciados de acuerdo a la encuesta de “Comunicaciones, Bienestar y Seguridad y Salud en el Trabajo”, también de las estadísticas que arroja la página de Facebook”.

Otro frente para el posicionamiento de la imagen institucional ha sido el fortalecimiento de la **Participación como ICSN en diversos congresos** como el Nacional de Psiquiatría, Neuropsicofarmacología y Psiquiatría Biológica. Posters en congresos internacionales BIAPA. Congreso anual de la Sociedad de Psiquiatría Biológica Americana (Society of Biological Psychiatry's 72nd Annual Scientific Meeting -SOBP) (San Diego, California, EEUU, mayo 2017): Presentación del trabajo “Metilación del BDNF y respuesta al estrés en una población clínica con trastorno depresivo mayor” en la sesión de pósters.

Congreso de Neuropsicofarmacología (marzo 2017): Ansiedad: Un modelo psicodinámico, Psicoterapias ansiolíticas basadas en la evidencia.

LVI Congreso Colombiano de Psiquiatría (Medellín, octubre 2017): donde hicimos una alta presencia con la organización y apoyo a la presentación de 7 trabajos: 4 simposios, 1, proyecto de investigación, 1 trabajo libre y 1 póster. El hecho fue destacado por las Directivas de la ACP (Asociación Colombiana de Psiquiatría) quienes nos expresaron su agrado y su respaldo.

En abril 28 de 2017 cumplimos con la XVI edición del Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría Profesor Humberto Rosselli.

Esta vez con la valiosa presencia y colaboración de los conferencistas de la Universidad de Emory los Drs. William Mc Donald, Ann Schwartz, Adriana Hermida, y Patricio Riva quienes en cabeza de la Dra Adriana Hermida se vincularon de manera activa con el comité organizador. Estrechamos lazos de afinidad, respeto, afecto, y actualmente se está gestionando el convenio macro, por parte de los asesores legales de las partes. Tenemos pensada para este año una visita de referenciación para la clínica de Ketamina, la unidad de TECAR y Neuromodulación.

Se actualizaron las **licencias de dominio** (utilización del nombre y la marca) de la Clínica Montserrat y Campoalegre. Se oficializó la de ICSN con validez de 10 años.

Con la ACP (Asociación Colombiana de Psiquiatría) participamos en el capítulo de **Instituciones Psiquiátricas**, en los intercambios de Docencia. Seguimos los contactos y nuestra inscripción con la **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas**, con **Icontec** y con Bureau Veritas (certificados ISO 9001:2008), Consejo Colombiano De Seguridad de Seguridad y Salud en el Trabajo, Se referenciaron con nosotros sobre diferentes temas las siguientes instituciones. Clínica Retornar de Barranquilla, Hospital Rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar y nosotros nos referenciamos con el Hospital Universitario de la Samaritana en Bogotá.

Otra área de interés para el fortalecimiento de nuestra imagen corporativa es el **Seguimiento a los convenios de docencia –servicio- investigación** con las diferentes universidades, el Bosque, Rosario, Sabana Javeriana y el programa Semillero del Talento Humano con el SENA con los cuales cumplimos en su cronograma, logrando que se reactivara la relación para la rotación de las Terapeutas Ocupacionales que se había roto hace casi 4 años.

Igualmente, el sostenimiento de las **Relaciones internacionales** vigentes además de la ampliación de las mismas con nuevos convenios es parte importante de esta labor, lo mismo que la edición y publicación de la **Revista Psimonart** que desafortunadamente para la vigencia 2017 no logró publicarse. La Dra. Juliana García fue nuestra asesora formal para estos temas hasta Julio 31 de 2017. Al respecto se destaca la importancia de continuar desarrollando los vínculos, mediante convenios internacionales e interinstitucionales académicos y de investigación con:

- 1. UC Davis, Sacramento, California
- 2. University of Miami, Miami, Florida
- 3. Emory University, Atlanta, Georgia

Los tres anteriores contando ya con Acuerdos de Voluntades, macro vigentes y en estudio por los asesores legales de las partes.

- 4. Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, España
- 5. Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina
- 6. UC Davis, Sacramento, California: Centro para Disparidades, M.I.N.D Institute for Neurodevelopmental Disorders.

Estos últimos como áreas de interés para la búsqueda de convenios especialmente para investigación.

IV Escalafón Docente, fortalecimiento de la Docencia e Investigación Institucional

Se presentó y tramitó ante la Universidad el Bosque el escalafón docente, siendo aprobados como docentes ad honorem 41 docentes. Recibimos respuesta a finales del año pasado y esperamos este año nos entreguen los certificados para hacer la entrega de los mismos junto con las derechos y deberes de dicho escalafón. Empezamos a trabajar en la construcción y desarrollo de los programas de Docencia e Investigación con miras a la acreditación y a la meta de ser hospital universitario con todas las implicaciones del tema, seguimiento de convenios, revisión de un proyecto educativo global institucional (PFI proyecto de formación institucional), desarrollo de grupos de investigación que ojalá puedan ser inscritos a Colciencias, talleres de lectura crítica y escritura de artículos.

Así las actividades de las dos coordinaciones se han centrado en los diferentes frentes:

Coordinación de Investigación en cabeza del Dr. Eugenio Ferro ha trabajado en:

1. Actividades de formación

Se inició el “Taller de lectura crítica de la literatura científica” (desde el segundo semestre de 2017) para los docentes y residentes del posgrado de psiquiatría. He recibido solicitudes de los miembros quienes están interesados en este espacio por lo que revisaremos el tema para próximas ediciones.

Asesorías de investigación de 8 anteproyectos de investigación de los residentes del posgrado de psiquiatría.

2. Actividades de investigación

Actualmente se encuentran en curso 8 proyectos de investigación, de los cuales 4 son investigaciones colaborativas con otras instituciones, 2 con la Universidad de Los Andes, 1 con la Universidad Nacional de Colombia, 1 investigación patrocinada y 4 investigaciones originales del ICSN.

Investigaciones en curso	Estado de avance	Instituciones participantes	Financiación
Estrés percibido y marcadores genéticos y epigenéticos en el trastorno depresivo mayor	Proyecto en curso - Fase de recolección de datos	Universidad de Los Andes, Clínica La Inmaculada, ICSN-Clínica Montserrat	Colciencias, U. Los Andes, ICSN
Heterogeneidad genética de los trastornos del espectro autista	Proyecto en curso - Fase de recolección de datos	Universidad de Los Andes, Liga Colombiana de Autismo, ICSN-Clínica Montserrat	Colciencias, U. Los Andes, ICSN
Prevalencia de formulación potencialmente inapropiada en pacientes mayores de 65 años con trastorno neurocognitivo mayor	Proyecto en curso - Fase de análisis de datos	Universidad nacional, ICSN-Clínica Montserrat	J. Nacional, ICSN
Prevalencia y Factores Asociados a la Intimidación Escolar en Instituciones Educativas Públicas	Proyecto en curso - Fase de análisis de datos	ICSN-Clínica Montserrat	ICSN
Clasificación del paciente farmacodependiente desde el punto de vista psicopatológico y biopsicosocial	Proyecto en curso - Fase de recolección de datos	ICSN-Clínica Montserrat	ICSN
Depresión resistente al tratamiento en América Latina	Proyecto aprobado - Fase pre. de recolección de datos	ICSN-Clínica Montserrat	Janssen
Relación entre alianza terapéutica y reingreso hospitalario en una unidad de salud mental	Anteproyecto de investigación	ICSN-Clínica Montserrat	ICSN
Estudio de tendencias poblacionales del ICSN 2013-2017	Anteproyecto de investigación	ICSN-Clínica Montserrat	ICSN

3. Actividades de divulgación

A. Participación en eventos científicos:

Congreso de Neuropsicofarmacología (marzo 2017): Ansiedad: Un modelo psicodinámico, Psicoterapias ansiolíticas basadas en la evidencia.

Congreso anual de la Sociedad de Psiquiatría Biológica Americana (*Society of Biological Psychiatry's 72nd Annual Scientific Meeting -SOBP*) (San Diego, California, EEUU, mayo 2017): Presentación del trabajo “Metilación del BDNF y respuesta al estrés en una población clínica con trastorno depresivo mayor” en la sesión de pósters.

Conferencia en viernes académico (agosto de 2017) titulada: “De los genes a la mente y de la mente al ADN”, en la que se presentaron los resultados preliminares de la investigación en curso: “Estrés percibido y marcadores genéticos y epigenéticos en el trastorno depresivo mayor”.

LVI Congreso Colombiano de Psiquiatría (Medellín, octubre 2017): organización y apoyo a la presentación de 7 trabajos: 4 simposios, 1, proyecto de investigación, 1 trabajo libre y 1 póster.

XI Congreso Nacional de Residentes de Psiquiatría (Medellín, octubre 2017): Apoyo a la elaboración y presentación de 5 trabajos: 2 simposios, 2 trabajos libres, 1 póster.

B. Publicación:

Publicación en la revista Biological Psychiatry del trabajo titulado “*DBNF Methylation and Stress Response in a Clinical population with Major Depressive Disorder*” (Volume 81(10S), may 2017). Revista indexada en múltiples bases de datos, incluida MedLine.

4. Actividades administrativas

Realización de autoevaluación para acreditación.

Participación en la construcción del direccionamiento estratégico del ICSN.

Elaboración del Plan Operativo Anual del proceso de investigación.

Reevaluación y construcción de nuevos indicadores para investigación.

Coordinación Docente en cabeza de la Dra Adriana Márquez ha trabajado en:

Con la entrega formal de la Coordinación Docente por parte de la Dra. Magdalena Fernández a la Dra. Adriana Márquez entre el 26 de diciembre de 2016 y el 25 de enero de 2017 en el primer comité de docencia del año, se continuó el proceso en curso en los planos de preparación para la actualización de la Certificación en docencia del ICSN.

La UEB sugirió a nuestro posgrado acreditarse en alta calidad como tema a considerar en el futuro, una vez se hubiesen efectuado una serie de acciones de mejora y de alineaciones con el modelo universitario global que están implementando. Así, se ajustaron los periodos académicos por el tema de las ARL de los residentes que están estandarizadas para todas las especializaciones. **Los nuevos semestres académicos** van del 01 de febrero al 31 de julio y del 01 de agosto al 31 de enero. También se ajustaron los recesos académicos.

Se revisó e implementó el nuevo formato de Evaluación por Competencias con un modelo de **Rúbrica** (método de calificación por competencias). Iniciamos con un piloto en las presentaciones en la Clínica (Caso clínico, Club de Libros, Conferencias) que tuvo buena acogida por todas las partes, por lo que lo haremos extensivo a toda la docencia para este semestre. Complementariamente se ha creado consciencia, para la planeación, optimización y ejecución de procesos de auto evaluación por el equipo docente de planta.

Apuntando a la mejora permanente de los procesos académicos se hizo una **revisión de los reglamentos de estudiantes** de Posgrado de la Universidad y del ICSN encontrando la necesidad de actualizar el nuestro. A partir de ello se inició la resocialización de los reglamentos vigentes, a los estudiantes, profesores, área docente y de investigación requiriendo de especial énfasis en los aspectos ligados a la asistencia y puntualidad, así como la aclaración de que por definición los residentes matriculados en nuestro programa son de dedicación total, que en el nivel de posgrados no existe la modalidad de "asistentes", y no se contempla la figura de habilitación o recuperación, propia de algunos niveles educativos más básicos.

Se comenzó la revisión del **Pensum** de nuestro posgrado encontrando la necesidad de su actualización, de una reorganización coherente y progresiva para el desarrollo de

competencias en la formación integral y de alta calidad pretendidas por el Instituto. Tenemos programadas para el 2018 una serie de mesas de trabajo por áreas.

Con relación a las **tutorías y supervisiones** se encontró que deben ser evaluadas y calificadas en el marco de asistencia, puntualidad y pertinencia de la actividad.

Se hizo una **revisión del Reglamento del Comité de Docencia** encontrando el requerimiento de elaborar el acta de Conformación en el Sistema Almera, acorde con las exigencias de acreditación.

En frecuentes reuniones con la UEB tanto en sus instalaciones como en las nuestras, hemos logrado mejorar aspectos del convenio para el beneficio y bienestar de los residentes, alineando los **procesos de inducción** en lo asistencial, académico y disciplinarios.

Actualmente en la revisión de rotaciones, convenios y anexos técnicos con la universidad se busca ampliar las plazas a nivel local y apoyar a los residentes en sus pretensiones y aplicaciones para rotación especial fuera del país. sea mencionado el caso de uno de los estudiantes de tercer semestre con aprobación por la Universidad Autónoma de México para finales de 2018.

La coordinación de docencia y la coordinación de investigación en articulación con el proceso docencia-asistencia y la dirección del postgrado participaron activamente en las reuniones, talleres y consultorías de formación para la acreditación con FDF Consulting.

En el marco del XX Simposio Internacional de Psiquiatría del Instituto hubo lugar a la interacción académica, formativa y social tanto de nuestros residentes y colegas con los profesores de Emory Institute de Atlanta, abriendo lugar a nuevo convenio y a la oportunidad de rotaciones para el aprendizaje y la posible implementación de terapias complementarias en el Instituto.

Desde la Junta Directiva con su Comité Académico la doctora Silvia Helena Martínez presentó su revisión y propuesta de mejoría al PEI del Instituto, tarea aún en resolución dadas las implicaciones de su denominación al gestarse desde una institución de salud y no desde una de origen educativo por lo que estamos trabajando en la elaboración de un PFI (programa formativo integral del instituto), alineado con las exigencias para ser un hospital universitario.

Igualmente se hicieron los seguimientos de los convenios vigentes según necesidad de los mismos.

V Gestión de Calidad y Acreditación con el liderazgo de la Dra. Diana Carolina Alfaro

Para mi Dirección este ha sido un tema nodal al que le hemos invertido recursos no solo económicos si no en tiempo energía dedicación capacitación y motivación y empoderamiento del recurso humano.

Nos certificamos 30 auditores internos en norma ISO 2015. FDF nuestra firma asesora en certificación certificó en un diplomado en acreditación a 30 colaboradores del instituto entre líderes de proceso, sus back ups y personal asistencial. Se desarrollaron los **POAS** (planes operativos anuales) por procesos para responder a los 7 Ejes de Acreditación (Atención centrada en el usuario, Gestión Clínica excelente y segura, Humanización, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología, Transformación Cultural, Responsabilidad Social). Se realizó la primera **Feria de Acreditación** para divulgación a todo el personal el estado del arte, se efectuaron las **Evaluaciones de Desempeño** de las diferentes áreas y estamos objetivando los reportes para la preparación de la siguiente autoevaluación. Se han hecho desarrollos de **herramientas propias** como el **Censo dinámico**, el **módulo de auditoría médica**, un **robot** que hace seguimiento de las **PQRS** (preguntas, quejas, reclamos, sugerencias) y consultas a nuestros servicios, que probablemente podamos utilizar si decidimos implementar telemedicina. Se organizó una **plataforma virtual** para las inducciones y re-inducciones del personal y los estudiantes, que estamos alimentando y esperamos completar este primer semestre de 2018 junto con un módulo de evaluación de las mismas.

También se consolidaron los procesos misionales del instituto, inscritos en el mapa de procesos y para 2018 inclusive serán centros de costos diferenciales, y de los cuales ya podemos rendir informes pormenorizados y diferenciados.

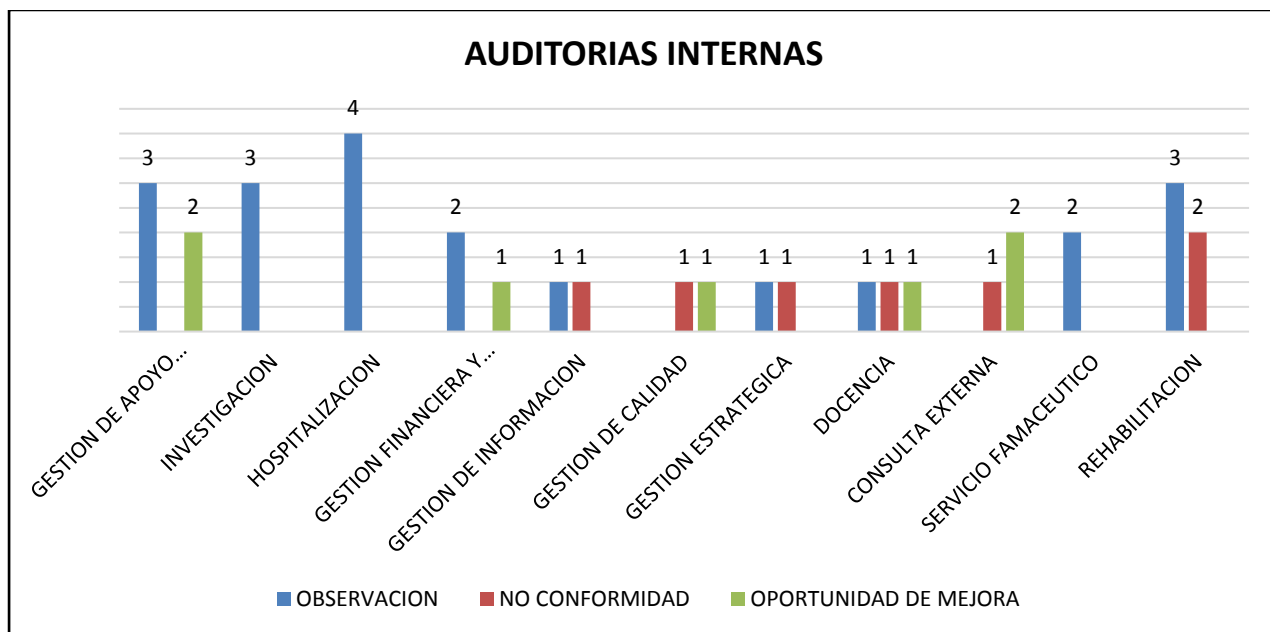
Durante los últimos dos años, desde el área de Calidad se ha trabajado por garantizar que los servicios brindados se presten de acuerdo a nuestra promesa de valor, procurando mejorar la calidad de vida de los usuarios, dando una atención humanizada, con evidencia científica, de manera segura y sostenible.

Todo el despliegue para lograr este objetivo se centra en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

El despliegue de los cuatro componentes de Calidad (Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad), se han trabajado en cuatro subprocesos (gestión de la calidad, auditoría médica, auditoría de cuentas médicas y atención al usuario).

Gestión de Calidad:

1. Certificación de Bureau Veritas: Desde gestión de la calidad, se ha logrado mantener la certificación de calidad otorgada en el cumplimiento de la Norma ISO 9001 versión 2008, se realizó recapacitación de 30 auditores internos para la transición a la versión 2015.
2. Auditoría Interna: Dando cumplimiento al plan de auditoría para el año 2017, se encontraron los siguientes hallazgos 7 No conformidades, 7 Oportunidades de mejora y 20 Observaciones, estos hallazgos se encuentran cargados en la plataforma ALMERA con sus respectivos planes de mejoramiento establecidos.



3. Transición de la norma 2008 a 2015: Se definieron los componentes de la transición de la norma, de la siguiente manera:
 - a. Plataforma estratégica, cuyo despliegue se trabajó con cada líder de proceso para constituir el POA, plan operativo anual de cada proceso y medir la gestión de cada área hacia los objetivos centrales de la dirección. Se construyeron planes anuales operativos por procesos para impactar los indicadores que evalúan la planeación estratégica por medio de Balance Score Card. Donde se realiza seguimiento de cada proceso medido en términos de cumplimiento de actividades del líder de cada proceso.
 - b. Definición de las matrices de riesgo de cada proceso, la cual nos permite brindar los servicios con un enfoque en la prevención de los riesgos y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones que mitigan los momentos del ciclo de atención, mediante la plataforma de calidad Almera.
4. Sistema de Habilitación: Se realizaron rondas por los servicios para verificar condiciones de habilitación, de las cuales se obtuvieron cambios en infraestructura de la unidad B, en cuarto de residuos, los vestieres y lavandería del centro Campoalegre. Adicionalmente a los mantenimientos preventivos y correctivos para dar cumplimiento de la infraestructura.

Para Psiquiatras en formación, Psiquiatras de planta, Médicos tratantes y enfermeras se realizaron las siguientes capacitaciones:

Certificación en soporte vital básico y avanzado, Capacitación en programa de atención a víctimas de violencia sexual.

Vacunación a Psiquiatras y enfermeras cuyos niveles de anticuerpos representaran riesgos. Se realizó certificación en administración de medicamentos a las auxiliares de enfermería.

La Dirección General convocó a participar a los miembros en todas estas actividades y los invitó como asistentes de honor.

Acreditación:

Se ha contado con la asesoría de FDF consulting, quienes realizaron capacitación en acreditación a 30 personas de diferentes equipos, se constituyeron los grupos de autoevaluación obteniendo la siguiente calificación.

a. Autoevaluación acreditación

La autoevaluación realizada por la firma consultora FDF, dejó como resultado un promedio total de 1,60 puntos en los 151 estándares que se deben cumplir para lograr la acreditación, a lo largo del año se han realizado diferentes actividades y mejoras para subir esta puntuación, las cuales se verán reflejadas en la segunda autoevaluación la cual ya inicio con el grupo de estandartes del PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL (PACAS)

GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION 1 AUTOEVALUACION
PACAS	1,86
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1,51
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,68
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1,68
GESTION DE TECNOLOGIA	1,09
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,77
ICSN 1 AUTEVALUACION	1,60

Aclaremos que para poder presentarse a la visita para acreditación, la institución debe haber alcanzado un puntaje mínimo de 3, lo que esperamos lograr en los próximos dos años, con el fin de presentarnos en el 2020.

Se desplegó un cronograma de trabajo para mejorar la calificación de la autoevaluación, de la siguiente manera: que incluyó la verificación y construcción de 15 políticas, la capacitación a líderes de los procesos en construcción de indicadores, planes de trabajo de comités y funcionamiento de mesas de trabajo, construcción del modelo de atención. La construcción de tablero único de control de indicadores (TUCI) con el cual se realiza seguimiento trimestral por cada líder de proceso, realizando la trazabilidad de la tendencia de los resultados e incluye los indicadores de acreditación para Icontec, los indicadores de gestión de cada proceso y se miden respecto al impacto en nuestro modelo de atención, las políticas y el impacto en la misión y visión.

Los indicadores se clasifican en dos categorías: Los de notificación obligatoria: indicadores que se reportan de acuerdo a la periodicidad establecida por los entes reguladores. Los indicadores del **TUCI** (Tablero Único de Control de Indicadores).

Actualmente se cuenta con 106 indicadores los cuales están contenidos en los diferentes modelos de gestión.

Atributos de calidad (PACOS)	Modelo de atención (CHESS)	Misión	Visión	Ejes de acreditación	Políticas
79	100	62	29	71	43

(PACOS): Pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad.

Se trabajó en la Construcción del PUMP, (proceso único de mejoramiento por procesos) que permite establecer planes de mejoramiento que impacten los indicadores.

Se efectuó la Feria de acreditación, en la cual se logró un despliegue a 118 colaboradores del instituto, en el proceso de acreditación, los modelos de atención, el avance en los estándares y los siete ejes de acreditación.

b. Auditoría Médica

1. **Modelo de Auditoria:** Basados en nuestro modelo de atención se montó un nuevo módulo, de auditoría que verifica las historias clínicas de manera sistematizada, por las diferentes variables que se exigen en la normatividad de historia clínica.
2. **Indicadores de Auditoria médica:** Construcción de indicadores que evalúan la gestión de auditoría médica. Construcción de modelo de auditoría, que incluye la evaluación del diligenciamiento de las escalas de riesgo, la conciliación medicamentosa y el consentimiento informado. Se realiza auditoría al diligenciamiento de las evoluciones de los tratantes para realizar seguimiento a las evoluciones diarias de todos los pacientes de la clínica; así como auditoría a las notas de historia clínica de reuniones con sus familias.

Filtrar						
Tipo	Indicador		Mini gráfico	Medición previa	Último valor	Meta
Eficacia	+	ICSN ID-AM-06. Evolucion de la calidad de nota de atención inicial		87.5% ❌	86.4%	80.0% 🟢
	+	ICSN ID-AM-07. Evaluación de la calidad de notas de evolución		73u ➡	73u	80u 🟡
	+	ICSN ID-AM-08. Evaluación de la calidad del plan de egreso		88u ❌	83u	80u 🟡
	+	ID-AM-09. Registros de Reunión con las Familias		63.2% ➡	63.2%	70.0% 🔴

3. **Guías de manejo:** Se realizó socialización de las guías de manejo, al equipo médico definiendo la estadística de prevalencia de cada patología. Se construyó modelo de auditoría de adherencia de guías de manejo.
4. **Manual de historia clínicas:** Se construyó el manual de historia clínica que permite la inducción adecuada del diligenciamiento de la historia clínica y los parámetros institucionales. Se realizaron capacitaciones en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, dentro de los equipos médicos, para garantizar la divulgación a todos los psiquiatras de planta, tratantes y médicos en formación. Se efectuaron aclaraciones respecto a puntos de la guía donde la evaluación evidenció diferencias de conceptos. Se construyó un modelo de auditoría que evalúa la adherencia a las guías y el seguimiento a la evidencia científica en el manejo que brindamos a los usuarios. Se divulgan los resultados de las auditorías en el comité de historias

clínicas a los líderes de proceso y de manera individual a cada psiquiatra con el objeto de tener cada vez mejor diligenciamiento y adherencia a la guía.

c. Auditoría de Cuentas

1. **Modelo de glosas y autorizaciones:** Construcción del modelo de glosas y de autorizaciones, se unificó el proceso de autorizaciones. Se realiza auditoria concurrente a las historias clínicas, para prevenir las glosas y asegurar los ingresos de la operación. Se construye instructivo de auxiliar especial para negociar dicha inclusión con las prepagadas en la negociación.
2. **Seguimiento al registro de medicamentos:** Se realiza seguimiento al registro de medicamentos y la facturación de los mismos, para la corrección inmediata de los registros.
3. **Indicadores de porcentaje de glosas por entidad,** en el cual se observa una disminución en la aceptación de glosas y en la conciliación de las mismas.

Filtrar					
Tipo	Indicador	Mini gráfico	Medición previa	Último valor	Meta
Eficacia	ID-AM-01. Numero de glosas por entidad en el periodo		352u	24u	100u
	ID-AM-02. Valor de glosas por entidad en el periodo		\$135,315,071	\$13,472,833	\$40,000,000
	ID-AM-03. Porcentaje de glosas aceptadas en el periodo		50.3%	100.0%	90.0%

4. **Construcción de modelo de auditoría concurrente** cuyo objetivo es prevenir las glosas asistenciales y administrativas, realizando seguimiento de egresos y corrección de situaciones probables generadores de glosas.

d. Atención al Usuario.

1. **Deberes y derechos:** Se realizaron capacitaciones en derechos humanos, derechos en salud mental, manejo del consentimiento informado a todo el personal asistencial. Divulgación de dichos documentos en la comunitaria, semana del buen trato y feria de la acreditación. Se construyeron mesas de trabajo para la redacción de derechos y deberes del Usuario y las familias, así como para la construcción de la política de humanización.
2. Se definieron los formatos de **consentimiento informado** de acuerdo a asesoría legal y aprobación por el comité de ética, el cual se reactivó y se realiza mensualmente.
3. **Semana del buen trato:** Se trabajó en la semana del buen trato divulgando la política de calidad y humanización a todos los turnos, en jornadas diurnas y nocturnas del equipo directivo.
4. **Módulo sistematizado, para la respuesta de PQRS,** divulgación de los resultados en el comité de calidad, seguimiento a planes de mejoramiento a los principales grupos de quejas. Se realiza respuesta de derechos de petición y probables demandas en compañía de asesoría legal. Para evitar riesgos legales y se dan avisos de posibles siniestros a la póliza con el objeto de tener el cubrimiento de la misma en futuros procesos legales.

5. **Mesa de trabajo con familias**, teniendo contacto directo de las directivas buscando las necesidades de las familias de manera activa, dando soluciones a dichas necesidades y divulgando las políticas de calidad, humanización y derechos y deberes.

Construcción de encuesta virtual, que nos permite realizar seguimiento de las quejas y su impacto en los atributos de calidad y en los derechos de pacientes y familias.

Informe del Proceso Asistencial en cabeza del Dr Henry García M Subdirector Docente -asistencial

- Planea y realiza el seguimiento a las actividades asistenciales y a los planes de mejora de los procesos docentes y asistenciales en compañía de los líderes de procesos
- Coordina los comités de Farmacia, Vigilancia epidemiológica, la reunión de Equipo Médico
- Participa en los comités Directivo, de Calidad, Docencia, Investigación, para hacer los enlaces pertinentes al área que es el core de nuestra misión, tal como se evidencia en nuestro mapa de procesos.
- Hace seguimiento al servicio Farmacéutico en cabeza que la Química Andrea Sanabria. El servicio se ha adecuado con las exigencias de habilitación y de acreditación. Este año se vincularon 3 auxiliares de farmacia, para dar una atención de 24 horas adecuado a las necesidades del proceso de hospitalización. Tenemos autorizado un servicio de re-empaque, se compraron 5 carros de medicamentos con las especificaciones técnicas de ley, se participa se los programas de fármaco-vigilancia y tecno-vigilancia. Se recibió la visita del INVIMA quien avaló el servicio en cuanto al cumplimiento de la normatividad vigente.

Informe del proceso de Consulta en el 2017 liderado por el Dr. Saúl Martínez

- En el año 2017 se consolidó el proceso de Consulta, como un proceso misional que abarca los subprocesos de admisiones, consulta prioritaria y consulta externa programada, se crearon y pusieron en marcha dos nuevos servicios de **consulta sub-especializada**: Consulta de Adicciones y Consulta Infantil, que cuenta con servicio de psiquiatría infantil, psicología infantil especializada y Terapia Ocupacional con énfasis en integración sensoriomotora. Estos servicios cuentan con una ocupación mayor al 50% tras 6 meses de estar en funcionamiento, sirviendo de puerta de entrada a los servicios de Hospitalización y Rehabilitación. Desde el servicio de Infantil se encuentra en marcha un estudio de investigación sobre prevalencia de déficit y alteraciones de integración sensoriomotora en la población de niños y adolescentes de la Clínica Montserrat.
- La consulta prioritaria tuvo un aumento del 24% en los ingresos respecto al año 2016, y el aumento general del Proceso respecto al año anterior fue del 13%.
- Durante el primer trimestre de 2017 se adelantaron las mejoras y adecuaciones necesarias en la infraestructura del servicio para dar cumplimiento con los requisitos de habilitación y mejorar la calidad en el servicio a nuestros pacientes y familiares. En este mismo sentido se revisó el sistema de seguridad para el personal asistencial y para los pacientes, optimizando los protocolos y medios físicos para la atención de crisis.

- Se estandarizó el proceso de tarifa social y tarifa para empleados que equivale al 50% del valor de la consulta, dando cumplimiento a la política de beneficios del Instituto, pudiendo impactar en 19 personas a través de procesos psicoterapéuticos, brindando 175 citas a corte 2017, personas que continúan en sus procesos que buscan el bienestar de nuestra población objetivo y de nuestro cliente interno.
Así cumplimos con uno de los principios que enuncié en la introducción: si damos salud mental, debemos proveernos salud mental.
- Se creó e implementó el programa de atención a las víctimas de violencia sexual y el programa de acompañamiento a familias de suicidas. Atendiendo en un 100% de los casos que requirieron la activación de estos programas.
- Se creó e implemento el **programa de Psicoeducación** para pacientes y familias del servicio de Consulta, logrando un 67% de las reuniones con un grupo significativo de asistentes, impactando en la adherencia y recaídas de los pacientes del servicio.
- Se ajustó y estandarizó el **sistema de indicadores del proceso**, dando cumplimiento tanto a los requerimientos legales como a los objetivos de acreditación. Se ha podido mediante el uso de estos indicadores tener información valiosa que ayuda en la toma de decisiones.
- La consulta prioritaria ha tenido un aumento en la demanda del 45% en los últimos dos años, con un aumento en el tiempo de oportunidad en la atención que no ha influido en la percepción de nuestros pacientes, gracias a las medidas tomadas luego del estudio de la situación; como ha sido la programación de personal asistencial de acuerdo a demanda horaria, acompañamiento de línea de frente al paciente y su familia y la unificación de registro en la atención de consulta prioritaria, lo que disminuyó riesgos para la seguridad del paciente y riesgos legales para la institución.
- En consulta programada luego de la implementación de varias acciones de mejora, se logró impactar en el tiempo de oportunidad para la asignación de citas, lográndose mantener en los últimos 6 meses el tiempo de oportunidad por debajo de los 6 días. Igualmente, la cancelación institucional o por parte del médico está por debajo del 5%. Se creó un programa que busca disminuir la inasistencia a las citas médicas, el cual llega a un 14.8%
- Se creó la **matriz de riesgo del Servicio**, identificando que los principales riesgos se encuentran ligados a aspectos legales, seguridad del paciente, atención diferencial y continuidad del servicio. Estos aspectos se han clasificado y en los dos primeros casos se ha trabajado en la mitigación a través de la capacitación y estandarización institucional de procedimientos para hospitalizaciones y disentimientos en población psiquiátrica. Y se han diseñado tres planes de mejoramiento encaminados a mitigar y reducir el riesgo para los aspectos de atención diferencial y continuidad del servicio.
- Se creó un **Plan Operativo Anual** relacionado con el eje de Responsabilidad Social de Acreditación, llegando a un 90% de cumplimiento para la finalización de 2017.

Informe del Proceso de Hospitalización en el 2017 liderado por el Dr Carlos Montaña y la Jefe María Victoria Alarcón para el programa de Seguridad del Paciente.

En infraestructura se aumentó la capacidad instalada en 92 camas ya que se tuvo un incremento del 16.5% en la ocupación con respecto al 2016, habilitándose nuevamente 3 camas en unidad B previo a revisión de cumplimiento de norma de habilitación, proceso que implicó renovación de mobiliario de 4 camas. Adicionalmente se modificó la habitación 207 para atención de pacientes con discapacidad física (silla de ruedas)

Para dar cumplimiento a la identificación redundante de pacientes se implementó la tecnología requerida para impresión de Brazaletes térmicos, censo dinámico con activación de alertas para riesgos, y acrílico con datos de identificación en las habitaciones.

Se adquirieron nuevas tecnologías biomédicas: 2 monitores de signos vitales, carros para almacenamiento de medicamentos

El recurso humano para el proceso de hospitalización se aumentó en un psiquiatra, redistribuyendo los grupos sindromáticos en pro de fortalecer el programa de clínica día y el seguimiento a los pacientes hospitalizados en unidad B, adicionalmente el equipo de Enfermería incremento a 8 enfermeras asistenciales para dar cobertura a la administración de medicamentos, apoyo en el proceso de egreso e implementación del Plan de Atención Integral de Enfermería (PAIE). Se fortaleció el equipo de terapia con la contratación de una terapeuta física la cual tiene a su cargo actividades para todos los grupos sindromáticos, pacientes de unidad A y B y terapias físicas individuales.

En capacitación se garantizó el 100% del personal médico asistencial con entrenamiento en soporte vital básico y avanzado según los requerimientos normativos de habilitación. Con la fundación para el desarrollo integral de género y familia GENFAMI se recibió capacitación y entrenamiento en atención a víctimas de violencia sexual, permitiendo del desarrollo del protocolo institucional. Adicionalmente se dio la participación activa en capacitaciones de acreditación a través de los Jueves de Acreditación con la firma FDF y las proporcionadas por el área de talento humano de la institución.

De acuerdo a las necesidades identificadas en el proceso se solicitaron mejoras en el sistema de historia clínica **COMPUCONTA** como lo fueron: Nota de entrega de turno para médicos y enfermeras, plan de egreso, pestaña para autorización de visitas que permite generar datos para el módulo de visitas en recepción, inventario de pertenencias de pacientes, sistematización del libro radio operador para el proceso de referencia y contra-referencia, módulo de referidos.

El equipo médico asistencial participó en la autoevaluación al Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) obteniendo como resultado un puntaje de 1.86. Como actividades desarrolladas desde el proceso de Hospitalización para acreditación se ha trabajado en Seguridad del paciente con reestructuración del programa, levantamiento de matriz de riesgo según Paquetes Instruccionales del Ministerio de Salud y la , creación de 6 indicadores para seguimiento del programa. En salida y seguimiento la implementación del plan y proceso de egreso, reestructuración del programa de tele continuidad, creación de indicador para su medición. En Evaluación de la atención se revisó el ciclo de atención con la creación de diferentes indicadores que permiten evaluar la calidad del servicio, adicionalmente se diseñó e inició a implementar el programa de promoción y prevención de la salud. En ejecución de tratamiento se implementó el programa de psicoeducación para pacientes y familiares por grupo sindromático. En planeación de la atención se han realizado 2 mesas de trabajo para la

revisión del modelo de atención y creación de nuevos protocolos como el de apoyo espiritual. Se han realizado 2 visitas de referenciación con la Clínica la Inmaculada para los procesos de dispensación y administración de medicamentos y urgencias en psiquiatría, se recibió visita de referenciación de Clínica Nuestra Señora de la Paz para infraestructura.

VI Niñez y Adolescencia:

El grupo sindromático está liderado por la Dra. Magdalena Fernández psiquiatra infantil quien además de la atención hospitalaria, inició la consulta externa de psiquiatría infantil desde octubre del año pasado. Así mismo en ese mismo mes se inició la consulta de **Psicología Infantil** en cabeza de la Dra. Laura Mabbit (**currículo**), y de **Terapia Neurosensorial** con la TO Natalia Aristizábal especialistas en Autismo, quienes ofrecen unos servicios especiales de apoyo para **TEA (trastornos del espectro autista) y TDH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)**, servicios que han gozado de una buena acogida de parte de los usuarios Psicología infantil 53 citas programadas, Psiquiatría infantil 16 citas a la fecha con una capacidad instalada de 8 citas mensuales. Además, iniciaron una actividad de **integración corporal** para el grupo de jóvenes en zona hospitalaria. Todo esto ha sido planteado como proyecto de investigación, con el fin de poder evaluar los resultados.

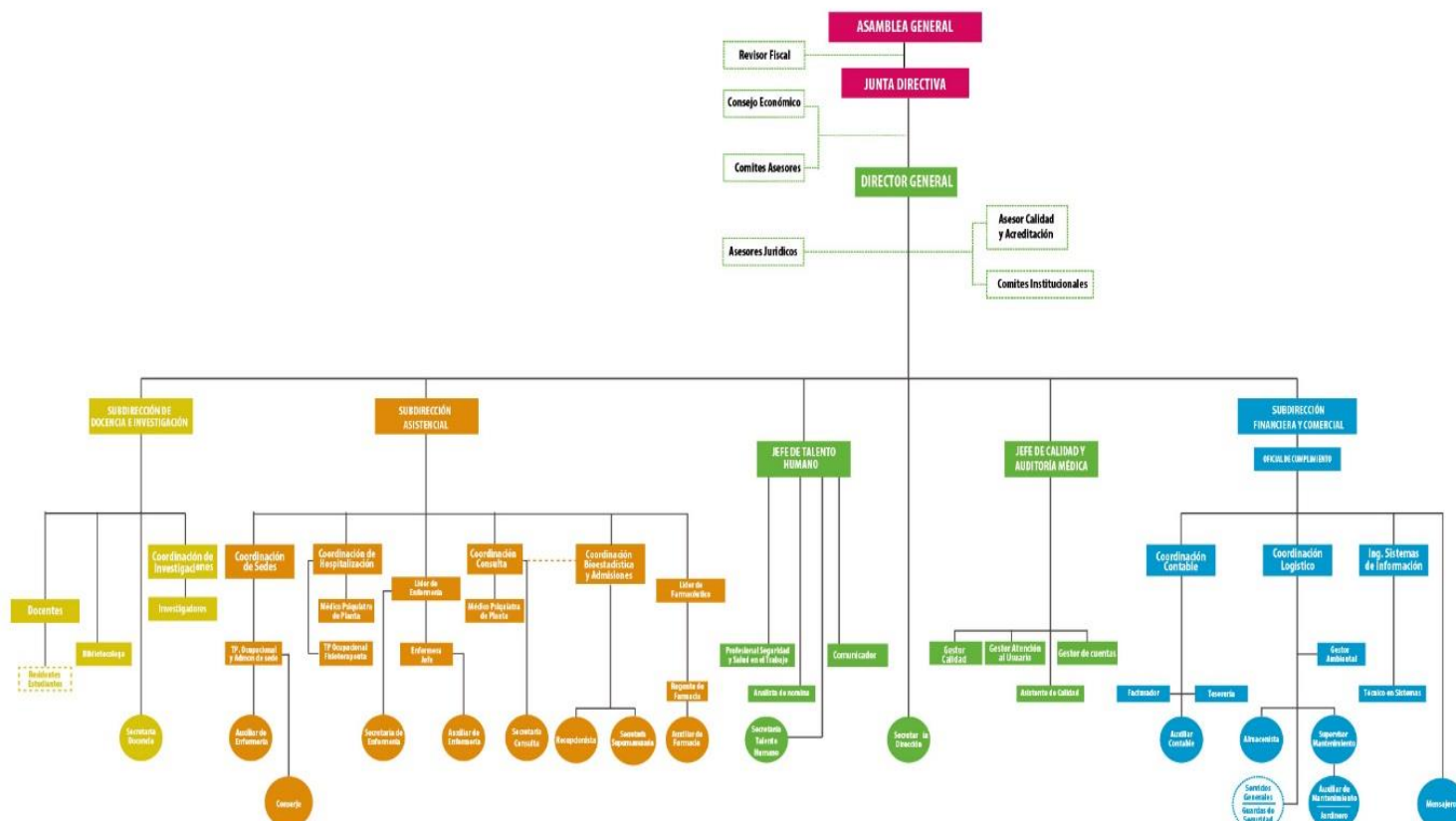
La Dr. Juliana García como parte de sus actividades de relaciones internacionales continuó los contactos con el MIND para avanzar en el tema de autismo de acuerdo con las conversaciones efectuadas con el Dr. Aguilar Gaxiola desde la administración anterior.

Estamos pendientes de su seguimiento y ver cómo puede cristalizarse en algún momento ese proyecto.

Se inició la investigación sobre genética y autismo, “Heterogeneidad genética de los trastornos del espectro autista” en conjunto con la Universidad de los Andes en cabeza del Dr. Roberto Chaskel, que funcionó todo el segundo semestre del año 2017 en las nuevas instalaciones de Psiquiatría Infantil en las que seguimos invirtiendo para completar su adecuación y dotación.

VII Revisión del organigrama para el fortalecimiento global de la gestión:

Se actualizo el organigrama institucional, por medio de la metodología de competencias organizacionales, que es un requerimiento de la norma ISO 9001 y la Acreditación en Salud que la Junta aprobó en noviembre de 2017; después de varios ajustes, junto **con la presentación y revisión de la escala salarial.**



ELABORÓ: DIRECTOR GENERAL Y JEFE DE TALENTO HUMANO

REVISÓ: DIRECTOR

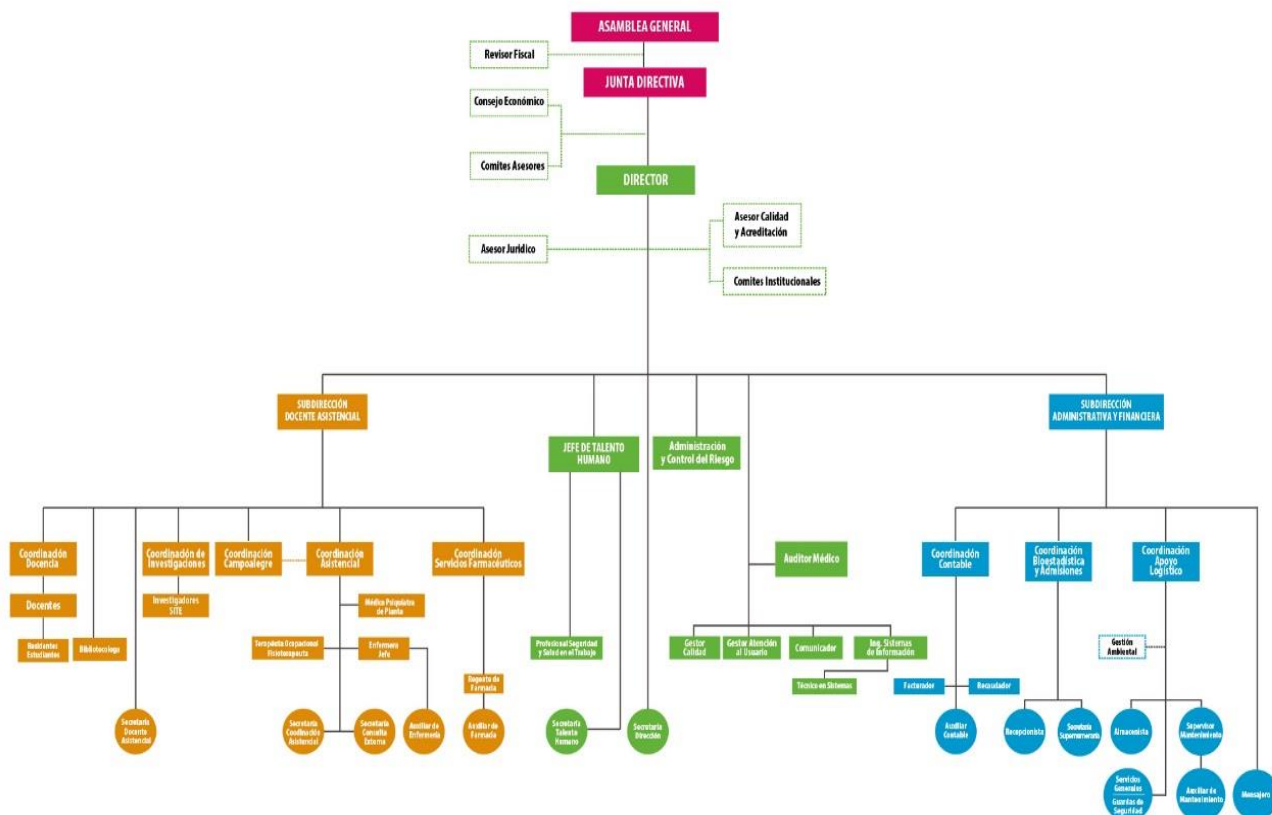
APROBÓ: JUNTA DIRECTIVA

Desafortunadamente aún no ha sido posible su implementación, por diversos motivos. Se pasó al Head Hunter Puedo ser Consulting, una primera convocatoria a Miembros del ICSN de la cual se tenían resultados en 14 diciembre 2017, para los cargos de las subdirecciones docente y asistencial, que deben asignarse prioritariamente a Miembros.

Sin embargo, la Junta, para mayor transparencia, decide ampliar la convocatoria a los psiquiatras en general, por lo que el proceso se extendió y seguimos pendientes de los resultados que involucran un assessment (método de evaluación situacional) Esperamos sea posible este año. En todo caso hemos procurado que esto afecte lo menos posible la buena marcha de los procesos institucionales de cara a la Acreditación, por lo que en lo operativo venimos funcionando con el anterior.

	INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO "CLÍNICA MONTSERRAT"	CÓDIGO O-MC-04
		VERSIÓN 6
		FECHA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ORGANIGRAMA



ELABORÓ: DIRECTOR Y JEFE DE TALENTO HUMANO

REVISÓ: DIRECTOR

APROBÓ: JUNTA DIRECTIVA

VIII. Talento Humano con el liderazgo de la Psicóloga Empresarial Viviana González

Gran parte del éxito en la implementación de iniciativas y la obtención de logros que aporten a la sostenibilidad, dependen del talento humano de la Institución, pues es el grupo de interés de los colaboradores el que moviliza a la organización hacia el cumplimiento de su propósito y objetivos.

Por tal razón en el marco de crecer responsablemente como institución y en su proyección hacia la Acreditación en Salud, se han venido implementando diferentes proyectos encaminados a promover una cultura organizacional basada en los valores institucionales, fomentando el bienestar de los trabajadores y sus familias, y gestionando la Seguridad y Salud en el Trabajo.

La administración del Talento Humano se hace por el área desde el mes de marzo del 2017 después de una auditoria de nómina, ya que antes era manejado por el área financiera. Con la

auditoria de nómina se garantiza que el proceso de cumplimiento en el 100% a los requisitos legales exigidos por el Ministerio del Trabajo, se ajustó su parametrización en el software **Compuconta**.

Es de resaltar que la nómina es el mayor de los costos del Instituto, y oscila entre 550 millones y 650 millones mes por los pagos de la carga prestacional que en nuestro caso es del 52% lo legal y puede llegar al 67% cuando se pagan los beneficios extralegales que se acordaron en su momento con el sindicato y pasaron luego intactos cuando este se disolvió en 2009 y quedó el constituido el Comité de los Trabajadores que vela por su cumplimiento. Actualmente tenemos 116 empleos directos que representa 77% de los colaboradores y además tenemos una nómina temporal cuyo valor oscila en aproximadamente 100 millones mes. Como ven es un compromiso importante, que nos obliga a estar muy atentos a cumplir con los requisitos de ley. Esto hace que busquemos ser más eficientes en nuestra atención para que con el recurso humano existente, calidad.

✓ **Bienestar Laboral:** desde el 1 de agosto del 2017 se formalizó la Política de Beneficios establecida mediante acuerdos con el Comité de Trabajadores en el 2009 y revisada la última vez en el 2012. Se unificaron los acuerdos extralegales que el instituto reconoce a los trabajadores, respetando y reconociendo la antigüedad, y ajustándose a la ley. Lo anterior da sustento jurídico a los beneficios reconocidos dando fin a los múltiples acuerdos suscritos anteriormente entre las partes. Este es un gran logro, pues es importante anotar que cuando se hicieron estos acuerdos, la planta de trabajadores era de un tercio de la actual y para la historia del Instituto y su viabilidad futura en este sentido, era importante que los encuadres quedaran formalizados.

✓ **Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST:** el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 1111 de 2017 exigen a todas las empresas Colombianas realizar un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo. El equipo del área con el apoyo de la ARL Sura, están implementando satisfactoriamente el Sistema. En la auditoria externa realizada por el Consejo Colombiano de Seguridad en el mes de mayo, se evidenció que estamos en etapa de implementación, evaluación y plan de mejoramiento en un 82% lo cual es un positivo avance. Con el proceso de Acreditación se están fortaleciendo el Plan Hospitalario de Emergencias preparando las Brigadas del instituto y se coordinará un ciclo de capacitaciones y simulacros para los colaboradores, usuarios, familias, comunidad, contratistas y/o proveedores.

✓ Se realizaron los **exámenes Médico Ocupacionales Periódicos** dentro de la Semana de la Seguridad, Salud, Bienestar y el Buen Trato con cobertura del 100% de los colaboradores.

✓ **Selección y contratación:** En el mes de mayo se incluyeron al proceso de selección y contratación los requerimientos de la circular 009 de abril de 2016, referente alto riesgo en Sistemas de Administración del Riesgo y Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), por lo anterior antes del proceso de contratación se hace estudio de seguridad y se verifican en listas restrictivas.

- ✓ **Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas - RETIE.** Se contempla la necesidad de dar cumplimiento legal de acuerdo a la Resolución 90708 de 2013 del Ministerio de Minas respecto a las instalaciones eléctricas de la Clínica Monserrat y su sede Campoalegre y en el mes de Octubre se inició la fase de Diagnostico.
- ✓ se compró el módulo de **ALMERA** de Talento Humano, para las evaluaciones de desempeño, escala salarial, ajuste de perfiles y funciones de los cargos.
- ✓ Se aplicó una encuesta de **riesgo psicosocial**, y este año se hará el estudio de **clima organizacional**.
- ✓ Gracias a la gestión de Talento humano, se logró que tuviéramos una retribución total por convenios de \$ 92 millones aproximadamente, (con la ARL Sura \$ 21 millones, Caja de compensación \$ 2 millones, SENA \$ 64 millones, Consejo Colombiano de Seguridad \$ 4 millones) dados en asesorías, y capacitaciones, generándole ese ahorro al Instituto, e invirtiendo en formación y capacitación de su capital humano.

IX. Plan de Capacitación:

Se realizaron las capacitaciones del staff para cumplir con los requerimientos de ley. También se efectuaron las capacitaciones en **RCP** niveles básico y avanzado que cubrieron a residentes, psiquiatras de planta, enfermeras y personal clínico del instituto. Se invitó a los miembros a participar. Se realizó un curso de 20 horas certificado de **Bioética y temas médico-legales** para el personal y residentes y miembros del Instituto. Al igual que uno presentado por la ARL sobre **riesgos laborales**. Tenemos planeado para este 2018 uno nuevo de **Atención a víctimas de violencia sexual y maltrato**. De otra parte, se asesoró a todos los miembros en el tema de **MIPRES**.

Al interior del Instituto la formación es un proceso sistemático por medio del cual impactamos en el comportamiento, los conocimientos y la motivación de los colaboradores. Con el compromiso de los jefes de área se ejecutaron 64 capacitaciones de enero a septiembre de 2017, las cuales se evidencian en el software de capacitación; y que abarcaron a todas las áreas. De acuerdo a la nueva planeación estratégica y al proceso de gestión del cambio planteado por Acreditación en Salud, se realizó un taller el 4 de julio con los líderes de procesos para fortalecer los principios y valores establecidos, con el fin de crear un nuevo rumbo en el cambio de la cultura organizacional. Los valores elegidos fueron Aprendizaje, Responsabilidad, Comunicación Asertiva, Trabajo en Equipo; Honestidad y Respeto.

Se gestionó un **Plan carrera**: Pensando en el desarrollo profesional el Instituto formó a 5 colaboradores en Carrera Técnica Administrativa en Salud, con el fin de fortalecer sus competencias laborales.

En el mes de marzo se creó el **programa Semilleros del Talento Humano** para los estudiantes en etapa de aprendizaje con convenio Sena, los cuales se forman de acuerdo a la carrera elegida, con sus competencias son ubicados en las áreas administrativas y asistencial, se patrocina los mejores puntajes académicos. En la actualidad el área asistencial tiene 3

auxiliares de enfermería, 5 en administrativo en las áreas de facturación, consulta externa, enfermería, talento humano y proyecto infantil. El objetivo principal es formar profesionales de acuerdo a las necesidades del instituto y que cuando se requiera ocupar una vacante ellos la puedan ejercer; dos auxiliares de enfermería de este programa ya están con contrato laboral.

X. Gestión Financiera y Comercial

La subdirección Administrativa y financiera fue asumida por el ingeniero Luis Fernando Mejía Llano, ingeniero industrial, con maestría en finanzas, quien venía con experiencia en varios sectores de la economía y específicamente en el sector salud, en empresas de medicina prepagada (Sanitas) y EPS (Cruz Blanca) Antioquia.

Durante el proceso de definición del nuevo mapa procesos y la planeación estratégica del instituto al año 2022, se definió que el cargo fuese Subdirector Financiero y Comercial, asumiendo la gestión comercial, al tiempo que se preparó a través de un diplomado que patrocinó el instituto para ser el oficial de cumplimiento de la circular 009 de abril de 2016 SARLAFT.

A continuación enumero los proyectos en los que se trabajó en el área para optimizar los procesos del Instituto.

- Entrega de \$900 millones de pesos de facturas NO pagas de EPS a cartera jurídica.
- Elaboración del presupuesto ajustando los nuevos centros de costos al mapa de procesos.
- Elaboración y mejoramiento junto con el área de calidad de los portafolios del instituto, ampliación del mismo en servicios como: consulta externa psiquiatría y psicología infantiles, terapia infantil neurosensorial.
- Acciones internas y externas e informes ante UIAF para cumplir con la resolución 009 de abril 2016 en cuanto a Sistemas de riesgos SARLAFT.
- Acciones comerciales para incrementar el número de clientes y nuevos convenios: Salud Total Plan complementario, Embajada Americana, Embajada Francesa, VIP Club de la ARL sura.

✓ Nos ajustamos a normas **NIIF y al SARLAFT** cumpliendo con los requisitos de ley. Se presentaron los **Estados Financieros al Consejo Económico**, junto con las propuestas de la Junta para futuros desarrollos.

✓ Nuevos servicios que hemos ofertado como las consultas especializadas de Adicciones, Psiquiatría y Psicología Infantil, Psicogeriatría, que esperamos este año podamos empezar a ver sus frutos en ocupación y demanda de nuestros servicios.

✓ Por otra parte, se efectuó una **Auditoría Interna** por parte de la firma **Enlace Gestión Empresarial** de toda el área financiera y cuyos informes hemos venido revisando junto con la **Revisoría Fiscal SIGLOBPO**, para implementar las acciones de mejora y corregir las dificultades.

XI. Obras e inversiones en planta física y equipos

Deseo anotar que todo lo invertido en este rubro que asciende a cerca de \$ 350 000 000, se ha sacado del ejercicio operacional y no ha necesitado que se toquen ninguno de los ahorros del Instituto.

Infraestructura Física y logística con el liderazgo de Edna Jaramillo

La inversión del año 2017 fue de \$ 188 millones aproximadamente representados en las siguientes obras principales: **Adecuación de la zona húmeda** y reactivación de las hidroterapias, montaje del **salón de profesores** con los respectivos equipos y conexiones wifi, implementación , dotación y puesta en marcha de la nueva área de **psiquiatría infantil, impermeabilización y renovación del 80% los techos** de la clínica, cambio de 150 placas de cemento del interior y el exterior, arreglo de la fachada principal con vidrio templado y películas de seguridad, **adecuación de Televisión y Tablets** en zonas de recepción y atención familias, adecuación de los consultorios de consulta externa y mantenimientos generales, arreglos de puertas, pinturas, baños, entre otros.

- Se ejecutó el plan de mantenimiento de áreas locativas de la planta física correspondiente al año 2017.
- Se terminó la canalización de aguas lluvias de Oriente con sus respectivas cajas de inspección
- Se tomaron las acciones pertinentes desprendidas de las rondas de seguridad en ambas sedes, atendiendo las necesidades con mantenimiento.
- Se instaló una consola con una capacidad de 12 timbres en los consultorios y admisiones.
- Se tapizaron las sillas de la sala de espera de consulta externa y se arreglaron los escritorios de consulta externa.
- Se arregló la puerta de vidrio de la entrada principal
- Se acondiciono la bodega del segundo piso interno para archivo de investigación

Gestión Ambiental con el liderazgo de la Ingeniera Marcela Wilches

- Se realizó la evaluación de emisiones atmosféricas de la caldera que se adquirió en el año 2016, en donde se evidencia el cumplimiento normativo de los gases.
- Se ejecutaron dos estudios de vertimientos de agua residual en el servicio de alimentos y laboratorio clínico.
- Se presentaron los trámites para la poda de 3 árboles, en la sede de la clínica.
- Se adquirieron 24 ahorradores de agua para todos los baños de las áreas comunes.
- Se ha continuado con el cambio de luminarias con tecnología LED, actualmente contamos con un cubrimiento del 70%.
- Campaña de recolección de tapas plásticas para la Fundación María José para el programa Gira la tapa, transporta una vida.
- Estamos participando del programa Voluntario de Gestión Ambiental Empresarial de la Secretaria Distrital de Ambiente, tercer nivel que culmina en el año 2018
- Se han realizado campañas para el cumplimiento de protocolo de lavado de manos y manejo de residuos.
- Adquisición de corta setos para el mantenimiento de árboles.

En el centro Campoalegre

Se realizó el mantenimiento de puertas de madera y pintura de las habitaciones

- Mantenimiento general a todos los equipos del gimnasio y cambio de tejas en esta área.
- Instalación de espejos nuevos en los baños.
- Instalación de un lavamanos de acción no manual
- Compra y siembra de 750 plantas para cerca viva interna.
- Instalación de puertas en acero para el acceso en zona agrícola, casa de conserje.
- Adecuación de espacio cubierto para el tractor y equipos de mantenimiento.
- Adquisición de moto sierra para el mantenimiento de árboles

Tecnología Biomédica

- Se ejecutó el plan de mantenimiento para el año 2017, en todos los equipos biomédicos por parte del Xingmedical (136 equipos)
- Se capacito al personal de enfermería en el uso de equipos biomédicos y gestión de la tecnología.
- Se instalaron en cada equipo la guía rápida para el manejo correcto de cada uno.
- Se adquirieron 2 monitores de signos vitales para la unidad A y B, 5 carros para la dispensación de medicamentos en cada servicio.

Infraestructura tecnológica a cargo del Ing. Nicolás Baez

La inversión del año 2017 fue de \$ 151 millones aproximadamente los cuales están representados en: Adecuación y actualización del **cableado de la clínica, instalación de cámaras, adquisición de un nuevo servidor** para el instituto, **montaje de un sistema de seguridad perimetral** de última generación, **renovación tecnológica de audio y video del auditorio**, programa **control de visitas sistematizado** en recepción, se realizó contrato de mantenimiento anual con **Compuconta**, entre otros.

Sistemas de Información

Durante el año 2017 la prioridad del instituto en temas relacionados con sistemas de información se orientó a la actualización de la infraestructura física y el aseguramiento de los canales electrónicos usados en todas las comunicaciones de la organización.

Sistema de seguridad perimetral

Se actualizó el sistema de seguridad perimetral del instituto, se implementó la herramienta FORTINET; es un sistema basado en Hardware y Software que supervisa, permite y bloquea el acceso a sitios acorde a políticas de seguridad pre establecidas por el fabricante y personalizables por la institución. La configuración se realizó en el cuarto de servidores del instituto y su alcance permite, aparte de proteger la red de la clínica, asegurar el canal de comunicación del centro campo alegre y de cada dispositivo que cuente con conexión remota

a los sistemas del instituto, minimizando en gran medida la posibilidad de que se acceda a la información del instituto a través de algún ataque informático.

Sistema de antivirus

Se actualizó el sistema de amenazas a nivel de software poniendo en funcionamiento la herramienta BITDEFENDER, es un sistema que actualiza de forma permanente su base de datos de riesgos relacionados con programas y archivos infectados desde cada equipo hacia la nube y escanea cada terminal del instituto asegurándose de eliminar cualquier contenido que pueda dañar la funcionalidad y la información de los equipos del cómputo de la organización.

Licenciamiento de Office

Se adquirió y se implementó el esquema el licenciamiento por volumen de los sistemas de ofimática de los equipos de cómputo del instituto.

Cambio de Servidor Sistema de Información del Instituto

Se actualizó el servidor del sistema de información del instituto por un servidor de novena generación cuyo rendimiento esperado dentro diez años está por encima del 75%.

Actualización del servidor de aplicaciones el instituto

Se aumentó en más del 50% el rendimiento del servidor de aplicaciones, actualizando la infraestructura del primer servidor del sistema de información del instituto, se adecuó con un sistema de almacenamiento que aumenta la disponibilidad de la información en caso de catástrofe y se implementó la conexión de la dirección pública para acceder a diferentes servicios que deseen interactuar con los sistemas de información de la organización.

Herramientas electrónicas del instituto

- Se desarrolló el software de auditoría médica, esta herramienta creada con el acompañamiento de la oficina de auditoría cuenta con algoritmos que permiten calificar la adherencia a guías de práctica clínica del instituto, realizan trazabilidad de la información relacionada con los procesos de hospitalización y califican con base a estándares establecidos por la organización el desempeño de los usuarios que intervienen.
- Se desarrolló el censo dinámico del instituto, esta herramienta creada con el acompañamiento del líder del proceso de hospitalización escanea un gran número de variables del sistema de información, dando información real de la estancia, la ubicación del paciente y diferentes datos a nivel asistencial y administrativo en tiempo real, disminuyendo en su totalidad el uso de papel para la consulta de pacientes hospitalizados.
- Se creó la alerta de facturación, esta herramienta desarrollada con el acompañamiento de la unidad financiera incrementa en más del 50% el proceso de egreso de los pacientes, está pendiente de los procesos relacionados con egresos de pacientes en todo momento y está vinculada de forma directa con el sistema de información del instituto.

- Se actualizó la plataforma institucional, esta herramienta creada con el acompañamiento de la oficina de comunicaciones del instituto permite conectar de forma más dinámica el acceso a las aplicaciones institucionales y gracias a su diseño, fortalece los canales de comunicación electrónica del instituto a través de imágenes que se refrescan de forma automática y mantienen a los usuarios de la institución permanentemente informados de las actividades de la organización.
- Se creó el sistema de identificación de visitantes, esta herramienta agiliza en más del 50% la identificación y el registro de visitantes, y en caso de visitas de pacientes, se conecta con el sistema de información en tiempo real advirtiéndolo de pacientes con características específicas de visitas y pacientes con visitas restringidas.
- Se creó el tablero de indicadores institucionales, esta herramienta creada con el acompañamiento de todos los procesos institucionales permite consultar información relacionada con el funcionamiento de los servicios del instituto teniendo en cuenta indicadores predeterminados por la organización.

Modernización del cableado estructurado

Se revisó todo el cableado que sale desde el cuarto de servidores hacia las zonas tanto administrativas como asistenciales de la clínica y se depuró en su totalidad, se dejó lista la infraestructura de la clínica para dar inicio a la etapa de estandarización de los canales de comunicación del instituto.

XII. Aspectos legales:

Este es un tema que se ha vuelto muy importante en el día a día del Instituto, al que hemos tenido que invertirle mucha energía y recursos, por el número de procesos instaurados.

He tenido que afrontar 4 casos del 2015, 3 del 2016, de demandas al instituto por responsabilidad civil y daños morales de cerca de trescientos millones de pesos, más multas y sanciones, dos procesos penales por secuestro que recaen sobre el representante legal y el equipo interviniente, además de 1 caso del 2017 de un inimputable que nos dejó el IMPEC en marzo de 2016, que estuvo bajo nuestro cuidado hasta octubre del año pasado sin que nadie se responsabilizara por las cuentas, cuentas que ya estamos gestionando que tenemos demandadas y están por salir. Unos casos ya fallaron a nuestro favor, otros aún están en curso pero en general van por buen camino.

Las respuestas a los requerimientos de la Secretaría de Salud, nuestro ente regulador también están siendo materia de asesoría legal.

También tenemos una demanda de EGEDA por derechos de autor que viene desde el 2014, que estamos próximos a conciliar.

Además, tenemos un proceso de servidumbre con el acueducto en el predio de Campoalegre, y una tutela que instauramos para que nos den el servicio.

Como ven al respecto hemos tenido que desarrollar una labor importante no solo de respuesta de choque y seguimiento a los procesos instaurados, sino de prevención acompañamiento y

mitigación de riesgos; por lo que decidimos para fortalecer la protección legal del instituto ir ampliando la cobertura de las pólizas de seguros. Hoy día contamos con una póliza de cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas, una póliza de Responsabilidad Administrativa, y otra de Protección Empresarial que ampara equipos, incendio, terremoto, responsabilidad civil extracontractual, sustracción con violencia, entre otros. Estamos cotizando una póliza de responsabilidad civil individual que tomada colectiva salga más económica y pueda proteger nuestro ejercicio profesional en los diferentes escenarios, no solo el institucional. . Oportunamente les estaré informando

Como otra acción de mejora, hoy día nuestros documentos clínicos no solo tienen un aval científico sino también legal, en cuanto a historias clínicas, consentimientos informados, respuestas a derechos de petición, tutelas, demandas, pólizas. Así mismo hemos tenido que tener las asesorías de ley en los temas laborales, contractuales, tributarios, de responsabilidad civil, licencias, derechos de autor, entre otros.

XIII. Área de gestión de Proyectos:

La estamos organizando como un grupo de apoyo que se activa cuando la Dirección, un miembro o un trabajador tiene una idea a desarrollar como posible nueva oportunidad de negocios para el instituto. Al grupo se vinculan el proponente de la idea, el coordinador de investigación, el jefe de calidad, el líder asistencial o docente que se necesite, y la unidad financiera, y la dirección para hacer el desarrollo de la idea. Una vez estructurado el proyecto, se le presentaría a la junta para su aval o rechazo para luego proceder a su implementación. Así se viene trabajando en la **Clínica de Quetamina** propuesta por el Dr. León Michaan que esperamos poder iniciar este año. Así mismo estamos contemplando la viabilidad de reiniciar el servicio de **TECAR** y la oportunidad de retomar los temas de **Neuromodulación y Polisomnografía**.

Mi sincera gratitud y reconocimiento a todos y cada uno de los trabajadores en especial a los líderes de equipo quienes han hecho posible con su dinamismo compromiso empoderamiento lealtad con el instituto y con la gestión que estemos avanzando con determinación y entusiasmo manteniendo los altos estándares que nos permiten posicionarnos como líderes en salud mental en la región más allá de la consecución del anhelado logro de la acreditación.

Agradezco la confianza en mí depositada, reitero mi compromiso vital con el instituto, independiente de la posición que circunstancialmente pueda estar desempeñando; además de la paciencia que tuvieron para con la lectura y escucha del informe.

Cordialmente,

AURA VICTORIA CARRASCAL M.
Directora General ICSN