



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

HOMO

***INFORME
SEGUIMIENTO POA
2° TRIMESTRE 2018***

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL POA – 2018 PRIMER SEMESTRE

El informe de avance de ejecución del Plan Operativo Anual - POA para el primer semestre de la vigencia 2018, consolida los resultados obtenidos por cada una de las dependencias, de acuerdo a las metas establecidas en cada una de las acciones institucionales planteadas.

Las metas están enmarcadas dentro de la plataforma estratégica institucional en los objetivos estratégicos y en 6 líneas estratégicas:

1. Prestación de servicios
2. Infraestructura, dotación e información
3. Sistema integral de gestión
4. Desarrollo del talento humano
5. Gestión financiera
6. Gestión del conocimiento.

El Plan Operativo Anual es una herramienta de seguimiento y monitoreo; por tanto, el informe de seguimiento del Plan Operativo Anual se elaboró con base a los reportes hechos por cada uno de los líderes de los procesos y la verificación, cumplimiento y desempeño de las metas y acciones programadas, además de generar nuevas medidas y acciones de la ejecución para lograr el mejoramiento continuo de los procesos institucionales.




En el **PLAN OPERATIVO** se formulan actividades que permitan alcanzar **los objetivos estratégicos** y éstas plantean tareas que señalan el tiempo de ejecución, responsable y resultado que se obtendrá al final del período.

El logro del plan de acción permite alcanzar los **indicadores estratégicos** que se plantean para cada objetivo estratégico.

El Tablero de Control de la Planeación y Gestión Institucional, muestra la ejecución de los planes de acción mediante el porcentaje de cumplimiento alcanzado en el período, y es la relación del porcentaje de ejecución respecto al porcentaje planeado, es decir que señala la efectividad en la ejecución.

- En caso que este porcentaje de cumplimiento sea mayor o igual al 90% toma el color en el **PLAN OPERATIVO** se formulan actividades que permitan alcanzar **los objetivos estratégicos** y éstos plantean tareas que señalan el tiempo de ejecución, responsable y resultado que se obtendrá al final del período.
- El logro del plan de acción permite alcanzar los **indicadores estratégicos** que se plantean para cada objetivo estratégico.



- El Tablero de Control de la Planeación y Gestión Institucional, muestra la ejecución de los planes de acción mediante el porcentaje de cumplimiento alcanzado en el período, y es la relación del porcentaje de Ejecución respecto al Porcentaje Planeado, es decir que señala la efectividad en la ejecución.
- En caso que este porcentaje de cumplimiento sea mayor o igual al 90% toma el color  **VERDE**, lo cual indica que la meta se encuentra en los **rangos normales de avance**.
- En caso que este porcentaje de cumplimiento sea mayor o igual al 70% e inferior al 90% toma un color  **AMARILLO**, por tanto, se deben tomar **acciones preventivas**, con el fin de **mejorar el avance** para el período siguiente.
- Si el porcentaje de cumplimiento es inferior al 70%, tomará un color  **ROJO** significa que se deben tomar **acciones correctivas** con el fin de agilizar el avance de los planes de acción debido a que se encuentran rezagadas y es necesario y urgente revisar las causas de la demora, con el fin de direccionar y agilizar las actividades y así obtener el logro de los objetivos propuestos y evitar que al final del año se tomen medidas improvisadas, o simplemente no se pueda lograr la culminación de las metas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Dirección de Planeación realizó un acompañamiento permanente a las diferentes Dependencias en la formulación y seguimiento de las acciones programadas, con el fin de propender el cumplimiento de la planeación estratégica de la ESE Hospital Mental de Antioquia.

MEDICIÓN

El POA presenta una medición de metas, las cuales son promediadas trimestralmente arrojando un porcentaje de avance para cada una de las áreas con un cumplimiento estimado del 45% para el semestre, el porcentaje de avance esperado al finalizar la vigencia es del 90%.

El desarrollo de las acciones institucionales POA contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales desde el enfoque operativo, a continuación, se muestra el avance porcentual de las acciones por cada uno de los objetivos estratégicos.



PARTICIPACIÓN DE LAS ACCIONES DEL POA DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

	Objetivo Estratégico	Avance Global de acuerdo a los Objetivos Estratégicos
1	Prestar servicios integrales de salud mental trascendiendo el enfoque tradicional de la empresa, mediante el desarrollo de acciones de educación, prevención, atención y rehabilitación.	85%
2	Contar con la infraestructura, equipamiento y sistemas de información adecuados para la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad.	51%
3	Alcanzar estándares superiores de calidad en los procesos organizacionales a través del desarrollo de un sistema de gestión integral	45%
4	Contar con un talento humano competente, comprometido y humanizado, y satisfecho con la labor que desempeñan	56%
5	Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, la sostenibilidad financiera de la organización	64%
6	Generar conocimiento a partir del proceso de investigación clínica y las alianzas docencia servicio	78%
% Ejecución POA a junio 30 de 2018		63%

Fuente: Plan Operativo Anual 2018

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de las diferentes acciones definidas por las dependencias, la Dirección de Planeación realizó una revisión a la ejecución de las mismas, para lo cual se sugiere revisar los cronogramas internos de trabajo de cada área de lo que resta de la actual vigencia con el fin de dar cumplimiento a las metas establecidas.

PORCENTAJE DE AVANCE PRIMER SEMESTRE DE EJECUCIÓN

El Plan Operativo Anual - POA de la entidad tuvo un porcentaje de ejecución en el primer trimestre del **85%**, distribuido en las dependencias de acuerdo a la estructura institucional de la entidad tal como se evidencia en el cuadro informativo:





LÍNEA ESTRATÉGICA	%EJECUCION PONDERADO A JUNIO	%ACUMULADO A JUNIO 2018
1. Prestación de servicios	100%	85%
2. Infraestructura, dotación e información	96%	51%
3. Sistema integral de gestión	96%	45%
4. Desarrollo del talento humano	97%	56%
5. Gestión financiera	91%	64%
6. Gestión del conocimiento.	100%	78%
% Ejecución POA a junio 30 de 2018	97%	63%

Fuente: Plan Operativo Anual 2018

El cumplimiento de las metas dentro del POA se establece mediante la definición de metas periódicas (mensuales, trimestrales y semestrales) de acuerdo a la complejidad y particularidad de cada actividad, por lo que determinar si el avance ha sido bueno, aceptable o crítico depende de la verificación de cada meta en particular.

De acuerdo a lo anterior pueden presentarse metas con porcentajes de ejecución bajos o sin ningún nivel de avance, situación que se presenta toda vez que estas se realizaran para el segundo semestre de la vigencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario que aquellas dependencias que presentan un cumplimiento inferior a la meta semestral programada, efectúen una revisión minuciosa a los cronogramas internos de trabajo en lo que resta de la actual vigencia y establezcan los correctivos necesarios que permitan dar cumplimiento a las metas establecidas en acciones que presentan porcentajes de ejecución inferiores al esperado para el primer semestre.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS ASOCIADAS AL PLAN OPERATIVO ANUAL

El avance en las líneas estratégicas de acuerdo a los resultados obtenidos por la ejecución de las acciones institucionales definidas para el primer semestre de 2018 en el Plan Operativo Anual de la ESE Hospital Mental de Antioquia, se describe a continuación en el siguiente cuadro:













LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
1	Subgerente de prestación de servicios	Ejecutar la programación de servicios asistenciales en consulta externa, urgencias, hospitalización y entrega de medicamentos	55.6%	100%	Oportunidad en consulta especializada de primera vez: En el trimestre 2 de 2018 está en 8.24 días (para un ESTÁNDAR de 10): Consultas por urgencias: Las consultas por urgencias se han mantenido por debajo de 500 al mes (379 consultas en promedio del trimestre-2 de 2018), Egresos Hospitalarios: En los egresos hospitalarios se han mantenido por debajo del estándar, en promedio del trimestre-2 de 2018 se tienen 295 egresos, para un estándar de 300 ó más egresos al mes. PROMEDIO DE ESTADIA HOSPITALARIA EN DIAS: En el promedio de días estancia hospitalaria se tiene un promedio mes de 13.98 días, para un estándar establecido en menos de 15 días. Demanda no Atendida: 2,47% para un estándar menor a 5%.
		Realizar consulta extramural intrahospitalaria en los hospitales locales de mayor importancia en salud mental, en las diferentes subregiones donde el HOMO tiene influencia según contrataciones	100%	100%	85 JORNADAS EN 112 DIAS (Hay jornadas que se llevan a cabo mismo día en diferentes municipios o instituciones)
		Realizar atención psiquiátrica en la modalidad de tele psiquiatría	100%	100%	16 jornadas de tele psiquiatría en 9 municipios, en el segundo trimestre, 196 Pacientes atendidos mediante este modelo de atención.
% CUMPLIMIENTO			85%	100%	
2	Subgerencia administrativa	Ejecutar y monitorear plan de			En este periodo se desarrolló el mantenimiento preventivo programado en el primer trimestre en cuanto a infraestructura puertas, pisos, paredes etc., zonas verdes, muebles, camas,





LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
	financiera	mantenimiento hospitalario	 48%	 96%	equipos de oficina, sillas, equipo industrial y dotación hospitalaria. Se ha realizado el aseo hospitalario de acuerdo a los procedimientos y manuales establecidos, aplicando las planillas de verificación de aseo y brigadas de aseo. *Se ha realizado el aseo hospitalario de acuerdo a los manuales y procedimientos establecidos, aplicando las planillas de verificación de aseo.
		Gestionar recursos para dar continuidad al proyecto de construcción del nuevo hospital	 55.6%	 100%	Se entregó la totalidad de la documentación y se encuentra en trámite por parte del IDEA Se obtuvo la calificación por parte de la Empresa FITCH RATINGS COLOMBIA S.A SOCIEDAD CALIFICADORA DE VALORES. Pendiente enviar el estudio de títulos del inmueble
		Implementación del programa de gestión documental	 55.6%	 100%	En este periodo se desarrolló el mantenimiento preventivo programado en el primer trimestre en cuanto a infraestructura puertas, pisos, paredes etc., zonas verdes, muebles, camas, equipos de oficina, sillas, equipo industrial y dotación hospitalaria. Se ha realizado el aseo hospitalario de acuerdo a los procedimientos y manuales establecidos, aplicando las planillas de verificación de aseo y brigadas de aseo. *Se ha realizado el aseo hospitalario de acuerdo a los manuales y procedimientos establecidos, aplicando las planillas de verificación de aseo.
		Formular y ejecutar plan estratégico de tecnologías de información (PETI)	 43.9%	 88%	Plataforma tecnológica actualizada Brindar seguridad a los profesionales mediante pulsadores de emergencia en consultorios de consulta externa y urgencias. Contabilidad acorde a las normas internacionales, rendición de cuentas a los entes de control con lineamientos exigidos (NIIF) Fortalecimiento de la flota de equipos de cómputo en la ESE HOMO brindando herramientas mejoradas para que la obtención de los datos sea confiable. Software financiero y contable actualizado Registro, seguimiento y supervisión de los planes de mejoramiento generados desde las auditorías internas y externas. Sistematización del tratamiento de las auditorías y sus hallazgos/tratamiento. Maquinas actualizadas en los registros del software de mesa





LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
					de ayuda GLPI
% CUMPLIMIENTO			51%	96%	
3	Profesional Especializado de Calidad	Implementar el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)	54%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación frente a estándares de acreditación de los grupos Gestión Humana y Mejoramiento Continuo. • Auditoría interna de calidad. • Evaluación del II trimestre de la aplicación de guía para la prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE HOMO: 100% • Evaluación del II trimestre de la aplicación de guía para la prevención de suicidios en pacientes ambulatorios y hospitalarios en la ESE HOMO: 80,5%. • Evaluación de adherencia a las guías práctica clínica II trimestre de 2018: 81,1%
		Avanzar en la implementación del modelo de administración del riesgo institucional	43.4%	87%	Procesos: Gestión de Calidad, Evaluación y Control, y el procedimiento Gestión Documental con identificación de los riesgos y valoración de los controles, de acuerdo a la nueva metodología de administración del riesgo. Mapas de riesgos de estos 3 procesos actualizados.
		Ejecutar plan de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente	48.4%	97%	Se avanzó en la ejecución del plan alcanzando un porcentaje de 43.6%. Las acciones fueron realizadas de manera parcial y algunas el 100%, teniendo en cuenta que las acciones tienen una fecha de ejecución a diciembre. Presenta una inversión de \$14.688.786 correspondientes a elementos de protección, herramientas de trabajo y capacitación de la brigada de emergencias y la evaluación de riesgo psicosocial a todo el personal, realizado por Psicóloga especialista en SST





LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
		Evaluación al sistema de seguridad y salud en el trabajo	0%	0% *	No se logró realizar la evaluación del sistema de seguridad y salud en el trabajo, teniendo en cuenta que dentro la auditoria interna al sistema de calidad de la ESE, quedó pendiente la auditoria a seguridad y salud en el trabajo y la revisión por la dirección.
		Desarrollar Plan de implementación ISO:9001	55.6%	100%	Revisión, ajuste o realización de 35 documentos que soportan la estandarización del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, fueron enviados mediante correo electrónico a los líderes de los procesos para su divulgación e implantación, también fueron presentados en el Comité de Calidad y en el boletín electrónico de la oficina de calidad "Calidad somos tod@s". En cuanto al seguimiento de las No Conformidades el resultado fue: 72% de No Conformidades cerradas en el I semestre de 2018
		Realizar autodiagnóstico frente a dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	100%	100%	Autodiagnóstico del Modelo de Planeación y Gestión-MIPG por dimensión, a partir del cual se formulará el plan de acción para implantación gradual. El resultado global fue: 56,3%
		Formular y ejecutar plan de acción para la implementación del modelo integral de planeación y gestión	0%	0% *	No es evaluable para el período, ya que se requiere como insumo el autodiagnóstico de MIPG
		Desarrollar estrategia participación ciudadana y de rendición de cuentas	50%	100%	El seguimiento a esta actividad para el II trimestre es con la Comunicadora Social Ana María y la Trabajadora Social Elba Patricia. Se realizó rendición de cuentas en marzo de 2018.
% CUMPLIMIENTO			45%	96%	
4	Líder Gestión del talento	Revisión y actualización de	55.6%	100%	Se avanzó el 50% correspondiente al autodiagnóstico realizado con el apoyo del área de calidad en la que dio como resultado el 52.6% y que verificó la autoevaluación

















LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
	humano	políticas y procedimientos de acuerdo con el MIPG			previa realizada por el área con análisis de evidencias.
		Definir y ejecutar plan de capacitación	53.9%	100%	Se avanzó en la ejecución del plan de capacitación logrando un porcentaje de 48.5% y una inversión de \$10.204.000, de los cuales sólo 714.000 fueron con presupuesto institucional y lo demás corresponde a una gestión de valores agregados en capacitación con entidades aliadas proveedores e instituciones con docencia servicio que suman \$ 9.490.000.
		Implementar el programa de transformación cultural	62.5%	100%	Se avanzó en la ejecución del plan de cultura organizacional en un 50% de ejecución. Con recorridos por áreas institucionales promoviendo valores institucionales, fortalecimiento de equipos de trabajo. Estimulando valores con reconocimientos del personal mediante votaciones y premiación a funcionarios con adherencia a ellos.
		Definir y Ejecutar plan de bienestar y estímulos	53.9%	100%	Se avanzó en la ejecución del plan de bienestar laboral logrando un porcentaje de 48.5% y una inversión de \$14.869.400.
		Definir y ejecutar plan de intervención de clima laboral	45.7%	91%	Se avanzó en la ejecución del plan de intervención del clima laboral con una ejecución del 41.1% y una inversión de \$5.122.555. Sin embargo, esta inversión no se refleja en la actividad debido a que el presupuesto esta contabilizado en los planes de bienestar y seguridad y salud en el trabajo que tienen actividades compartidas (caminata con invitación a población con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol y evaluación de riesgo psicosocial).
% CUMPLIMIENTO			56%	97%	
5	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera	Actualizar el modelo incluyendo el cobro coactivo	36.7%	37%	Para la fecha se identifica un avance del 33%, según la información recaudada frente a la legislación vigente aplicable
		Implementar modelo para la gestión de cartera superior a 120 días	43.3%	87%	Se alcanza el 39% de coincidencia de la cartera frente a las EPS, según cruce de información plataforma SISPRO-Circular 030, este porcentaje corresponde al trimestre de marzo 2018, teniendo en cuenta que el reporte de la cartera con corte a 30 de junio 2018, se monta a la plataforma el 31 de julio del 2018 y el Ministerio de Salud da a conocer el cruce a finales del mes de agosto del 2018.





LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
		Generar informes por estructura general de costos, unidades funcionales y actividades promedio	 100%	 100%	Adaptación de la información Financiera a la Herramienta PERC. Consolido de costos del mes de enero, febrero y marzo. Análisis de costos del servicio Dual, Tekar y Farmacia, independientes del sistema PERC, para la ágil toma de decisiones gerenciales.
		Implementar NICSP de acuerdo a lo establecido en la normatividad	 100%	 100%	Informes financiero presentados bajo NIIF
		Ejecutar plan de mercadeo	 50.9%	 100%	Promoción de servicios y mejora en los canales de atención y acceso para la población. Nota emitida en programa televisión y reportaje en medio impreso
		Gestionar liquidación de convenio de concurrencia actual	 0%	 0% *	El resultado de la acción depende del Ministerio de Hacienda y Crédito Público quienes manifiestan que van a pedirle la cita al viceministro para la firma del acta de liquidación del convenio.
		Definir plan para gestionar nuevo convenio de concurrencia bajo el Decreto 700 de 2013	 100%	 100%	Si bien es cierto se cumple con el 100% de la definición del plan, es necesario la firma de liquidación del convenio de concurrencia, teniendo en cuenta que éste desencadenaría la revisión de matrices por parte del Ministerio para una actualización del convenio, de lo contrario ésta actividad no lograría su ejecución en el 100%.
		Saneamiento de cuotas partes por cobrar y por pagar	 100%	 100%	Se revisó las cuentas con las entidades cuotapartistas por gestión humana encontrando que se tienen un 40% de entidades conciliadas de cuotas partes por cobrar y que se viene recibiendo pagos periódicos al día y de las cuentas por pagar se tienen conciliado el 36% de las entidades a las cuales se les realiza pagos periódicos sin tener registros de procesos de cobro adicionales. Los anteriores porcentajes logran un 100% de la meta esperada en la actividad, sin embargo en el segundo trimestre se adelantaron acciones jurídicas de conciliación de cuentas con otras entidades que se encuentran en proceso.





LÍNEA	DEPENDENCIA	ACCIÓN	% CUMPLIMIENTO POR ACTIVIDAD ACUMULADA PARA EL AÑO 2018	% CUMPLIMIENTO (PONDERADO) PARA EL PERIODO	RESULTADOS
% CUMPLIMIENTO			64%	91%	
6	Líder Gestión Humana	Realizar estudios clínicos	100%	100%	5 protocolos de investigación activos, 4 aprobados pendiente de inicio como se detalla en análisis.
		Evaluar estudios de investigación y responder oportunamente	100%	100%	12 estudios activos contratados por 6 Centros de Investigación.
		Coordinar la relación docencia servicio con las diferentes entidades formadoras de talento humano	55.6 %	100%	Se continúa coordinando la relación docencia servicio con las 14 entidades educativas, se avanzó en la ejecución del plan de docencia planteado con un 60.7% que partió de la autoevaluación de la relación docencia servicio.
		Realizar seguimiento al desarrollo de los convenios	55.6 %	100%	Se viene realizando el seguimiento al desarrollo de los convenios a través de comité docencia servicio CODA el cual se han realizado dos en el año y desde allí se les hace seguimiento.
% CUMPLIMIENTO			78%	100%	
% Cumplimiento segundo Semestre			63%	97%	

Fuente: Plan Operativo Anual – Líderes de Procesos 2018

(*) Actividad que no cumplió la meta durante el primer semestre vigencia 2018



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resultado de la gestión de las acciones institucionales del Plan Operativo Anual se concluye lo siguiente:

1. El desempeño general del POA para el Primer Semestre fue del **97%** y un avance para el año del **63%** de ejecución, demostrando así un uso de recursos y desempeño de actividades adecuado, además de aportar a las líneas estratégicas 1. Prestación de servicios **85%**, 2. Infraestructura, dotación e información **51%**, 3. Sistema integral de gestión **45%**, 4. Desarrollo del talento humano **56%**, 5. Gestión financiera **64%** y 6. Gestión del conocimiento **78%**.
2. Teniendo en cuenta que algunas acciones asociadas al POA no alcanzaron la meta establecida, se hace necesario que las dependencias revisen sus cronogramas internos de trabajo y realicen los ajustes en sus programaciones. La Dirección de Planeación realizará un acompañamiento y un monitoreo permanente a aquellas dependencias que presentan bajos niveles de ejecución con respecto a la meta estimada y así mejorar sus resultados al final de la actual vigencia.
3. La alineación de las actividades del Plan Operativo Anual con los objetivos y programas institucionales permite identificar claramente el aporte de la gestión operativa en los direccionamientos estratégicos.



ALBA SORALLA MESA ZULETA

Directora técnica de planeación y proyectos