

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA" E.S.E	CÓDIGO:	POL-HUV-HUV-022
		VERSIÓN:	001
	POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	FECHA DE EMISIÓN:	2020-04-15

1. OBJETIVO

1.1 GENERAL

Formular la política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. para la implementación del Modelo Integral De Planeación Y Gestión MIPG, con el fin de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de las respuestas a las necesidades en salud de la sociedad, fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones informadas, la mejora continua y el logro de los resultados establecidos por la Empresa Social del Estado.

1.2 ESPECÍFICOS

- Generar lineamientos para garantizar la ejecución de acciones en cuanto a las observaciones y acciones de mejoramiento derivadas de las evaluaciones de desempeño institucional.
- Establecer los ejes temáticos que permitan la ejecución de la política.
- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.
- Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la Empresa Social del Estado.
- Generar una cultura de mejoramiento continuo.

2. ALCANCE

Este lineamiento aplica a toda la institución y a cada uno de sus veintiún (21) procesos. La política de de seguimiento y evaluación del desempeño institucional abarca tres niveles de seguimiento y evaluación, el primero guarda relación con los resultados que se obtienen a nivel institucional, de cara a los objetivos y metas establecidos en el Plan de Desarrollo y el Plan de Acción Institucional de cada anualidad, la segunda con las metas en salud priorizadas en el Plan Nacional de Desarrollo y proyectos de inversión, y el tercero con la evaluación y seguimiento a los objetivos y metas establecidos en el plan de desarrollo territorial.

3. RESPONSABILIDAD

Corresponde a la Oficina Asesora de Planeación establecer, revisar, actualizar y socializar la política de de seguimiento y evaluación del desempeño institucional con todos los procesos y niveles de operación de la Empresa Social del estado.

Corresponde a todos los procesos institucionales, dependencias y servicios de salud del hospital cumplir y hacer cumplir los lineamientos establecidos a través de esta política en el ejercicio de las funciones administrativas “ *verificar (autocontrol) y actuar (mejoramiento continuo)*” propias de todo ciclo de gestión.

Orientar, monitorear y evaluar la aplicación de esta política es responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

4. DEFINICIONES

4.1 Política: Orientación general de carácter filosófico, doctrinal, axiológico y práctico, que guían las acciones hacia el logro de los propósitos establecidos. Suponen un modo de conducir las acciones para lograr las finalidades propuestas. Son lineamientos y directrices que constituyen un marco dentro del cual deberán desplegarse los esfuerzos y acciones para alcanzar los fines, objetivos y metas del proceso planificador. Las políticas encauzan y delimitan las opciones deseables y, teniendo en cuenta el orden de prioridades establecidas, pueden orientar la manera cómo se emplearán los recursos para alcanzar dichas finalidades propuestas.

4.2 Mapa de procesos: Describe gráficamente los macro procesos de la entidad, clasificándolos en: estratégicos, misionales, de apoyo, de evaluación. Refleja sus respectivas interrelaciones.

4.3 Modelo De Operación Por Procesos: Es el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, integrando las competencias constitucionales y legales que la rigen con el conjunto de planes y programas necesarios para el cumplimiento de su misión, visión y objetivos institucionales. Pretende determinar la mejor y más eficiente forma de ejecutar las operaciones de la entidad.

4.4 Proceso: conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

4.5 Procedimiento: conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso. Establece los métodos para realizar las tareas y la asignación de responsables en la ejecución de las actividades.

4.6 Cliente / Usuario: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio. Los clientes / usuarios se clasifican en internos y externos. Internos los servidores, y externos, la sociedad en su conjunto.

4.7 Gestión: Conjunto de acciones, o diligencias que permiten la realización de cualquier actividad o deseo. Dicho de otra manera, una gestión se refiere a todos aquellos trámites que se realizan con la finalidad de resolver una situación o materializar un proyecto. En el entorno empresarial o comercial, la gestión es asociada con la administración de un negocio.

4.8 Gestión pública: Es aquella que se encuentra orientada hacia la eficaz administración de los recursos del Estado, con el objeto de satisfacer las necesidades de la población y promover el desarrollo del país. Cabe destacar que esta gestión la ejercen todos y cada uno de los entes que conforman el poder ejecutivo de una nación.

4.9 Indicador de gestión: Expresión cuantitativa y/o cualitativa sujeta a la medición, que permite observar y conocer la situación y las tendencias de

cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos planteados.

5. POLÍTICA

"El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E., se compromete a realizar de manera responsable y periódica, seguimiento y evaluación a los resultados alcanzados con el desempeño institucional, conforme a los objetivos y metas establecidas para la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad y la formación del talento humano para la salud; en el plan nacional de desarrollo, el plan de desarrollo territorial y el plan de desarrollo institucional. El Seguimiento y Evaluación Del Desempeño Institucional permitirá el desarrollo de estrategias de Rendición de Cuentas para el conocimiento de los avances y resultados alcanzados con la gestión institucional, promoviendo así con sus grupos de valor, la participación y control a la gestión, en aras de alcanzar sistemáticamente niveles superiores de mejoramiento continuo".

6. DESARROLLO DE LA POLÍTICA

6.1 Antecedentes y Justificación:

El seguimiento y la evaluación del desempeño institucional en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. ha sido un elemento esencial para la administración pública, puesto que permite la retroalimentación constante con la Alta Dirección (Junta Directiva, Gerencia General y Comité Directivo) para la toma de decisiones orientadas a la construcción de un mejor futuro para el Hospital. Asimismo, ha permitido tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, para plantear las acciones que permitan mitigar los posibles riesgos que puedan desviar a la institución del cumplimiento de sus metas, y al final de cada periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de los recursos.

Si bien la institución no había documentado esta Política, el *Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional*, si existía como lineamiento implícito, cumpliendo una función importante de seguimiento, evaluación y control a la gestión y a la contribución que desde el nivel individual y colectivo se hace para el cumplimiento de la misión, la visión, los objetivos y metas institucionales.

Documentar, socializar, implementar y evaluar el cumplimiento de esta política, constituye una oportunidad para el aprendizaje institucional y la introducción de acciones de mejoramiento mediante una constante retroalimentación en los cuatro niveles de operación de la E.S.E. y con los grupos de valor de la Entidad.

La Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, tiene como propósito promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. Es conocer de manera concreta cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado comparado con lo ejecutado en un periodo de tiempo determinado.

Para el Hospital Universitario "Evaristo García" E.S.E. como entidad territorial; el seguimiento y evaluación al desempeño institucional se plantea a partir del Plan de Desarrollo como instrumento rector para la planeación, gestión y evaluación institucional, instrumento principal de gestión al cual se le hace seguimiento y evaluación por las diferentes entidades de control.

6.2 Principios Orientadores:

Esta política institucional se desarrolla y se orienta desde los principios establecidos por la Institución en la Plataforma Estratégica, como son:

- Trabajo en equipo y comunicación asertiva.

- Espíritu investigativo e innovación.
- Compromiso, seguridad y trato digno al usuario y su familia.
- Mejoramiento continuo.
- Sostenibilidad y desarrollo institucional.

Adicionalmente sostiene que todo plan que se formule en el hospital, independientemente de su propósito estratégico, de acción o de mejoramiento, debe evidenciar las siguientes características:

Autocontrol: Actitud que debe demostrar todo servidor del Hospital para asumir el control de sus funciones, en el logro de los objetivos y metas Institucionales. El autocontrol es la distinción o característica especial que debemos agregar como valor personal a nuestro trabajo diario; somos lo que hacemos cada día, por consiguiente, debe convertirse en un hábito, lo cual implica realizar las cosas de manera correcta.

Autorregulación: Capacidad que tiene el Hospital para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente.

Autogestión: Capacidad del Hospital como entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos.

Enfoque de Riesgo: Políticas y procedimientos de la institución que promueven en los diferentes niveles de operación el desempeño institucional con enfoque en la gestión del riesgo. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación. La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

6.3 EJES DE LA POLÍTICA

Para el despliegue y cumplimiento de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, se establecen los siguientes ejes temáticos, los cuales deben desarrollarse en líneas de acción:

6.3.1 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL: Este eje temático orienta que el seguimiento y evaluación al desempeño institucional se lleve a cabo desde el seguimiento y evaluación a varias herramientas de gestión estandarizadas por el hospital, como son:

6.3.1.1 INDICADORES DEL NIVEL INSTITUCIONAL Y DE GESTIÓN (POR PROCESOS): Indicadores contruidos y validados con el nivel gerencial (Indicadores del nivel institucional) y con los líderes de proceso (indicadores de gestión). Estos indicadores brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados.

Primer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Subgerencias, Líderes de Proceso, Coordinadores de Oficina, Dependencias y Servicios de salud. Este seguimiento y evaluación debe ser mensual y se hace a través de los tableros de mando.

Segundo Nivel de Seguimiento y Evaluación: Oficina Asesora de Gestión de Calidad, Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno.

Tercer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Entes de Control, Compradores de Servicios de Salud, Grupos de Interés y Valor de la E.S.E.

6.3.1.2 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL LOGRO DE LOS RESULTADOS: Este ejercicio de seguimiento y evaluación al desempeño institucional se hace a través de los planes estratégicos y planes de acción formulados a nivel institucional y de procesos, como también a los programas y proyectos en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo.

Primer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Subgerencias, Líderes de Proceso, Coordinadores de Oficina, Dependencias y Servicios de salud. Este seguimiento y evaluación debe ser mensual y se hace a través de los planes estratégicos y planes de acción formulados a nivel institucional y de procesos.

Segundo Nivel de Seguimiento y Evaluación: Oficina Asesora de Gestión de Calidad, Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno.

Tercer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Entes de Control, Compradores de Servicios de Salud, Grupos de Interés y Valor de la E.S.E.

Los seguimientos son mensuales y trimestrales y la evaluación o cierre es anual.

6.3.1.3 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ENTIDAD: Este eje lo despliegan en primera instancia Subgerencias, Líderes de Proceso, Coordinadores de Oficina, Dependencias y Servicios de salud y en segunda instancia la Oficina de Control Interno.

Primer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Subgerencias, Líderes de Proceso, Coordinadores de Oficina, Dependencias y Servicios de salud. Este seguimiento debe ser mensual y se hace a través del mapa de riesgos institucional y el mapa de riesgos del proceso a cargo. Cuando se detecten desviaciones en los avances de gestión e indicadores, o posibilidad de materialización de un riesgo, es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata para apoyar la toma de decisiones y lograr mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control.

Segundo Nivel de Seguimiento y Evaluación: Oficina de Control Interno. Trimestralmente (con cortes a 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre. Para los tres casos, la publicación del informe deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días siguientes a la fecha de corte.) hace seguimiento y evaluación a la gestión de los riesgos institucionales y de procesos, según priorización. De este seguimiento y evaluación se genera un informe, el cual es publicado en el link de Transparencia de la página web de la institución.

Tercer Nivel de Seguimiento y Evaluación: Entes de Control, Compradores de Servicios de Salud, Grupos de Interés y Valor de la E.S.E.

Los seguimientos son trimestrales y la evaluación o cierre es anual.

6.3.1.4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA PERCEPCIÓN DE LOS GRUPOS DE VALOR: De este eje temático es responsable el proceso de Gestión de la Atención al Usuario, proceso que evalúa con la participación de todos los procesos misionales, la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud recibidos. De esta evaluación se hace un informe trimestral y se formulan los planes de mejoramiento correspondiente, los cuales son monitoreados.

Los seguimientos son mensuales y trimestrales y la evaluación o cierre del indicador es anual.

6.3.2 EJERCICIOS DE AUTODIAGNÓSTICO: Este eje se establece ya que resulta útil que la entidad lleve a cabo permanentemente ejercicios de autodiagnóstico para conocer el avance en cada una de las dimensiones de MIPG. Para ello, se cuenta con las herramientas de autodiagnóstico que serán aplicadas en el último trimestre de cada año para determinar el estado de gestión del modelo, sus fortalezas y debilidades y, lo más importante, tomar medidas de acción encaminadas a la mejora continua para alcanzar la excelencia.

Responsables: Oficina Asesora de Gestión de Calidad, Oficina Asesora de Planeación y Oficina de Control Interno.

Se conformarán los grupos de autodiagnóstico según cada una de las dimensiones a evaluar.

Los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación deben ser documentados para:

- Contar con la información básica para mejorar o reorientar su gestión.
- Implementar estrategias que permitan fortalecer aquellos aspectos de la gestión que presenten debilidades.
- Identificar y subsanar las posibles causas de las fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos a

través de planes de mejoramiento.

- Contar con una línea base para los siguientes ejercicios de Direccionamiento Estratégico y Planeación.
- Disponer del insumo primordial para la elaboración de los informes de gestión que se suministran a los organismos de control u otros entes gubernamentales y para la rendición de cuentas, entre otros.
- Esta documentación es un insumo fundamental para el desarrollo de la dimensión de Gestión del Conocimiento en las entidades.

6.3.3 EVALUACIÓN DE INDICADORES Y METAS DE GOBIERNO DE ENTIDADES NACIONALES

A través de la herramienta de trabajo interinstitucional y de información gerencial en línea, SINERGIA, del Departamento Nacional de Planeación - DNP, el Hospital puede conocer la eficacia, efectividad y calidad de la gestión pública en la consecución de los objetivos priorizados por el Gobierno Nacional.

El Hospital puede complementar el seguimiento y la evaluación que realiza a nivel institucional a través del seguimiento y evaluación a sus procesos, programas, proyectos de inversión y planes de la E.S.E. para el cumplimiento de sus objetivos con la programación, gestión y monitoreo de los resultados de los principales programas de salud del Gobierno.

6.3.4 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL -PDT

A través del ejercicio de seguimiento, las Entidades Territoriales recopilan, analizan y divulgan información asociada con la ejecución del Plan de Desarrollo Territorial, permitiéndole al Hospital y a cualquier parte interesada en esta información, tener evidencias sobre los avances y retos de la gestión del ente Territorial frente a la ciudadanía. El Hospital confrontará los resultados del seguimiento y evaluación a sus procesos, programas, proyectos de inversión y planes de la E.S.E. y su contribución frente al cumplimiento de los objetivos y metas en prestación de servicios de salud del Departamento.

7. ACCIONES DE CONTINGENCIA

N/A

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- **8.1** Plan de Desarrollo HUV.
- **8.2** Plan de Acción Institucional 2020.
- **8.3** Metodología De Planeación Estratégica HUV.
- **8.4** PROC/DG/GC/002 Metodología institucional de administración de Riesgos.
- **8.5** POL/GG/HUV/ Política Institucional De Administración Del Riesgo.
- **8.6** Acuerdo Adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- **8.7** Tablero de Mando Institucional.

- **8.8** Tableros de Mando por Proceso.

9. ANEXOS

- **9.1** Formato Plan de Acción Institucional.
- **9.2** Formato Plan de Acción Por Proceso.

10. REFERENCIAS

- **10.1** Decreto 780 de 2016: *"Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social"*.
- **10.2** Decreto 1499 de 2017 *"Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG"*.
- **10.3** Manual Operativo Sistema de Gestión Versión 2.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
<p>Equipo de Planeación Profesional Administrativo de Planeación</p>	<p>Gina Alexandra Mena Soporte y Administracion Daruma Maria Patricia Gonzalez Jefe de Oficina Asesora de Planeación</p>	<p>Irne Torres Castro Gerente General</p>