



## SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual fue reglamentado por el Decreto 2641 de 2012, la Oficina de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., realizó seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vigencia 2018, con corte a 30 de abril de 2018, verificando la ejecución de las actividades establecidas en cada componente (Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción; Estrategia de Racionalización; Rendición de cuentas; Servicio al Ciudadano y Transparencia y acceso a la información pública). A continuación se describe lo evidenciado.

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción

En cuanto a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, el Hospital mediante Resolución 015 de 2015 adoptó políticas institucionales, entre las cuales se estableció una relacionada con los riesgos, pero de forma general y unida a seguridad del paciente, citando “El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E, se compromete a institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores”. Se observa que tanto en la política como en las directrices impartidas en el Manual de Administración de Riesgos, no se hace referencia a los riesgos de corrupción como un tipo de riesgo.

De acuerdo al seguimiento realizado por la oficina de planeación y calidad a los 5 subcomponentes de gestión del riesgo anticorrupción como lo son: Política de Administración de Riesgos de Corrupción, Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, Consulta y divulgación, Monitoreo o revisión y Seguimiento se evidencio que el avance de estos componente es 0% por que no se han identificados los riesgos de corrupción para la vigencia 2018, no obstante se tienen una matriz de riesgos identificados de la vigencia 2017.

A la fecha no se han identificado los riesgos de corrupción, teniendo en cuenta que no se han clasificado, la valoración de los riesgos existentes, el mapa de riesgos aún no se encuentra publicado en página web y aún no está disponible para su respectiva consulta

### Componente 2: Estrategia de Racionalización

A partir del mes de febrero de 2017 a la fecha de corte del presente informe, se amplió el horario de atención ambulatoria en cuanto a consulta por psiquiatría, ya que se está atendiendo los días sábados, esto ha permitido una mayor cobertura de la demanda en ese tipo de servicio el cual beneficia a la comunidad.

En cuanto al subcomponente administrativo actualización de documentos, debido a las necesidades de estandarización, agilización del trámite y gestión de las PQRSF, se evidenció que no ha sido actualizado el procedimiento de acuerdo a las necesidades de los

*“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”*



usuarios según el seguimiento de avance del plan en cuanto a este subcomponente evidenciando que quedo en 0% de avance de cumplimiento, debido a que no hay ningún correo asociado en la página web para facilitar el procedimiento de respuesta a los usuarios para realizar las PQRFS vía internet.

Conforme a la "solicitud de historias clínicas" se evidencio que se ajustó el formato en la página web de la entidad con el fin de facilitar el acceso a los usuarios en el descargue del formato para solicitud de historias clínicas, pero aún no se ha actualizado el procedimiento. En cuanto al subcomponente tecnológico, se actualizo el formato de trámites para solicitud de historias clínicas vía página web del hospital, evidenciando que se ajustó el contenido existente en la página web, realizado por la ingeniera de sistemas de la entidad actualizando el formato identificado con la siguiente versión FOR GI 002 V4 del 03/04/2018, para que los ciudadanos tengan un fácil acceso a la información solicitada, evidenciando un cumplimiento del 100% en cuanto a la acción planteada según seguimiento realizado por oficina de planeación y calidad.

Adicionalmente no se tiene acceso a la solicitud de "Certificaciones Laborales" que permita la simplicidad de tramites habilitados en la página y un nuevo link "Ventanilla Única" donde se brinde información que permita facilidad en los trámites como la disminución de costos en el traslado de los usuarios. Asimismo, se planteó realizar requerimiento a la firma desarrolladora del sistema de información SIHOS para habilitar link a través de la página web que permita solicitar citas enlazada con dicho sistema, pero no se evidencia avance, el cual es muy indispensable para este componente.

### **Componente 3: Rendición de cuentas**

El subcomponente "Información de calidad y en lenguaje comprensible", para el acto de audiencia pública como mecanismo de rendición de cuentas, se recopiló y clasificó la información por áreas de la vigencia 2017, permitiendo la elaboración del informe de gestión y presentación para la audiencia pública; realizada el día 22 de marzo de 2018, en las instalaciones de la universidad Uniminuto del Municipio de Lérica, asimismo, se garantizó acceso a la información de este proceso a través de la página web de la entidad, se publicó a través de este medio la convocatoria, acta de la audiencia pública y resultado de la evaluación.

En relación al subcomponente "Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones", para el acto de audiencia pública se evidenció publicación del documento de pregunta en la cuenta de Facebook del Hospital, pero no fue efectivo por cuanto hubo participación de la ciudadanía, no se recibieron observaciones, sugerencias o preguntas; adicionalmente, se evidencia que a través de la página web del Hospital no se cuenta con mecanismos que promuevan el diálogo de doble vía, como: foros, chat virtual, entre otros en lo que respecta a los incentivos para motivar la cultura de la rendición y

*“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”*



petición de cuentas, no se evidencia encuentros con ciudadanos distintos a la audiencia pública en lo que va corrido del presente año.

#### **Componente 4: Servicio al Ciudadano**

Estructura administrativa y direccionamiento estratégico, teniendo en cuenta lo planteado, no se ha revisado y ajustado el comité de ética y humanización incluyendo como tema principal la gestión de las PQRF y toma de decisiones frente a éstas.; asimismo, no se ha institucionalizado un día al mes para la realización de dicho comité, si bien en la Resolución 170 de 2014 establece la primera semana de cada mes, como periodicidad de reuniones del comité en mención, no se ha institucionalizado un día específico.

En relación al subcomponente fortalecimiento de los canales de atención, se evidencia cumplimiento o acción de mejora a la accesibilidad a través de la página web, utilización de medios tecnológicos como son la aplicación de whatsapp para solicitud de citas médicas consultando las encuestas de satisfacción al usuario según seguimiento realizado por la oficina de planeación y calidad de la entidad, evidenciando un cumplimiento del 100% de este subcomponente.

Las autorizaciones y remisiones emitidas directamente por psiquiatría, Se lleva una matriz de remisiones las cuales aceptan remisiones por correo institucional promoviendo la telesalud, evidenciando un cumplimiento del 100% de esta actividad planteada en este subcomponente según seguimiento realizado por la oficina de planeación y calidad de la entidad.

Capacitar a más personal en Lenguaje de señas (Admisiones) y Designar la labor de atención de personas con discapacidad auditiva, se evidencia que el avance en esta acción ha sido mínimo evidenciándose un cumplimiento del 0% por lo tanto no ha iniciado las capacitaciones para este primer corte de seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano.

Sobre la promoción del uso de los diferentes canales de solicitudes de PQRF, no existe un correo electrónico asociado para facilitar este procedimiento vía internet de respuesta oportuna al solicitante, evidenciando un cumplimiento del 0% de la acción establecida.

La documentación del proceso de atención al usuario, no ha sido ajustada, así como la matriz de gestión de PQRF (formato consolidado PQRF Código FOR-AU-003), la cual no ha sido implementada para contar con la trazabilidad en la atención de las mismas, que además permita realizar seguimiento a su correcta y oportuna solución y medir el desempeño de los canales de atención.

El subcomponente de talento humano, se desarrolló capacitación sobre comunicación asertiva implantada en el plan de capacitaciones de la entidad evidenciándose un

***“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”***



cumplimiento del 50% de esta acción según seguimiento de la oficina de planeación y calidad de la entidad.

En cuanto al Plan de Incentivos donde se tiene en cuenta entre otros aspectos, el desempeño de los colaboradores en relación al servicio prestado, pero éste último no se ha implementado, es decir, no se evidencia inicio de su ejecución según matriz de seguimiento realizada por la oficina de planeación y calidad de la entidad.

El fomento de la cultura organizacional deseada basada en la filosofía de servicio, se resaltó socializando el tema con la realización de una actividad deportiva denominada really de observación, evidenciando un cumplimiento del 100% de esta acción, con la elección de principios y valores se resaltándose el representante de la cultura institucional.

Se evidenció el desarrollo de campañas informativas sobre la responsabilidad de los colaboradores frente a los derechos y deberes de los pacientes, se observó cumplimiento del 100% de esta acción realizando el Really de observación implementando derechos y deberes de los usuarios con los colaboradores de la entidad.

En lo que respecta a la parte normativa y procedimental, de fortalecimiento del registro en la historia clínica en el programa SIHOS, frente al tratamiento de los pacientes, se evidencia que esta acción se está cumpliendo en un 50% por que se están registrando las notas por gestión del paciente por parte de trabajo social y los colaboradores de la entidad.

### **Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información**

Ninguna de las actividades planteadas en los subcomponentes del 1 al 4, se han cumplido conforme a lo establecido, por cuanto, no se ha realizado matriz de autodiagnóstico conforme a la Ley 1712 de 2014, no se ha expedido acto administrativo en donde se justifique el cobro de la reproducción de información, no se ha ajustado el manual del usuario y procedimiento de gestión de PQR, no se han articulado los instrumentos (Registro de Activos de Información, Índice de Información Clasificada y Reservada, Esquema de Publicación de Información, Programa de Gestión Documental) a las tecnologías de la información y las comunicaciones, no se ha actualizado y divulgado los instrumentos para garantizar el derecho fundamental de acceso a la información pública y no se ha facilitado información a través de emisoras, evidenciándose que los subcomponentes y acciones prevista en este componente de transparencia y acceso al información publica no han iniciado.

Además, no es clara la actividad planteada en el Subcomponente 5 “Monitoreo del Acceso a la Información Pública”, por cuanto hace referencia a la presentación de informe de solicitudes de acceso a información en comité de ética y humanización (\*Nº de solicitudes recibidas, \*Solicitudes trasladadas a otra institución, \*Tiempo de respuesta a cada solicitud,

*“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”*



\*Nº de solicitudes a las que se negó acceso), y al indagar sobre el avance, se observó que la información que se rinde en dicho comité pero no a ese detalle, es sobre las peticiones, quejas y reclamos, pero solo sobre las que se gestionan mediante la oficina de atención al usuario SIAU, no todas las que se receptionan en el Hospital.

### **Estado General del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano**

De acuerdo al seguimiento realizado del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con corte 30 de abril de 2018, según lo planteado en cada componente y subcomponentes, se evidenció lo siguiente: El plan fue formulado de acuerdo a la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, según el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”.

El cumplimiento del Plan según lo programado con corte a 30 de abril de 2018, es del 79%; y el cumplimiento General del Plan es del 30%, según seguimiento realizado por la oficina de planeación y calidad, lo cual indica un buen porcentaje de cumplimiento, aunque se evidencia que va avanzando de acuerdo al porcentaje prestablecido y planeado para el desarrollo y seguimiento cuatrimestral, Se recomienda realizar los ajustes y tomar las acciones necesarias para reactivar la ejecución de los componentes y subcomponentes que quedaron en 0% de ejecución, con el fin de mostrar acciones de mejora para el próximo cuatrimestre y así poder garantizar el cumplimiento total de los componentes planteados en el plan.

No se cuenta con un Mapa de Riesgos de Corrupción conforme a la metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, según lo establecido en el documento “Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción”. Evidenciándose incumplimiento de lo establecido en el Decreto 124 de 2016 artículo 1 “Artículo 2.1.4.2. Mapa de Riesgos de Corrupción”

En relación a la “Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que trata el artículo 1 del Decreto 124 de 2016, se cumple parcialmente por cuanto se elaboró y publicó en la página web del Hospital antes del 31/01/2018.

**ANDRESE DANIEL ESCOBAR MONTOYA**  
Jefe Oficina de Control Interno HEGI

*“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”*