

INFORME SEGUNDO SEGUIMIENTO

**PLAN DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN
AL CIUDADANO Y
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

LEY 1474 DEL 2011

**ERVIN UNDENCY RIZO TIGREROS
Jefe Oficina de Control Interno**

**Beatriz Elena Santa Herrera
Auditora Control Interno**

Santiago de Cali, septiembre del 2020



INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., en concordancia con el decreto 612/ 2018 - Planes Estratégicos Institucionales- y con lo estipulado en la Ley 1474/ 2011 artículo 73, realizó la publicación, el 31 de enero del 2020, del *Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos Institucional* y, mediante este informe, la Oficina de Control Interno presenta el segundo seguimiento al cumplimiento de las acciones registradas.

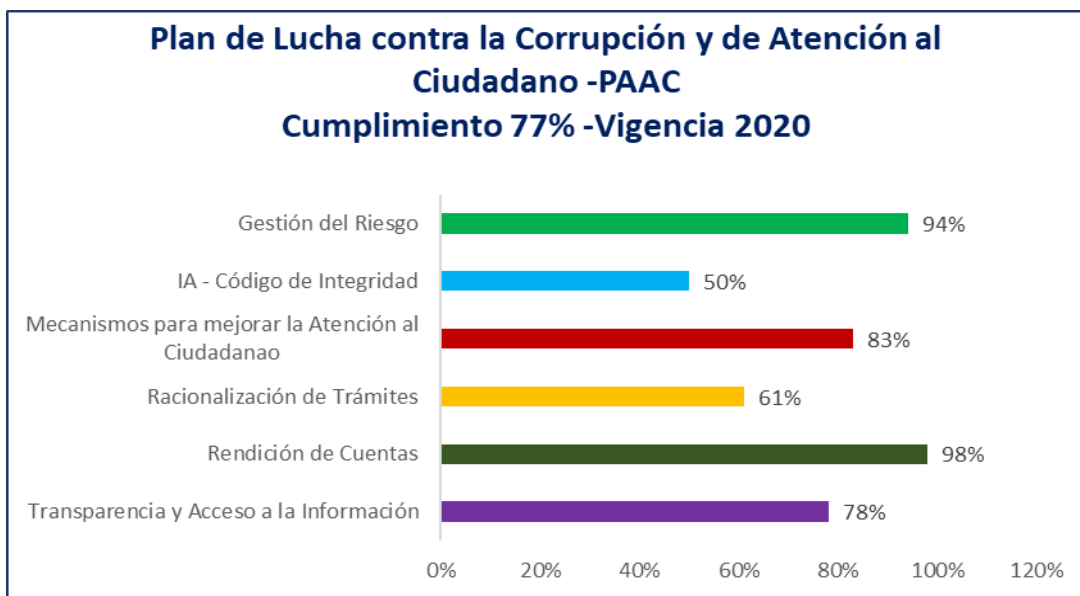
La actividad de seguimiento, se realiza en forma virtual, acatando las medidas adoptadas por el Hospital con ocasión de la emergencia sanitaria declarada en todo el territorio nacional, por la aparición del COVID-19.

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, para lo cual la Institución cuenta con la Política y Metodología de Administración de Riesgos, documentada y aplicada, y el Mapa de Riesgos Institucional, con los seguimientos por parte de los procesos, primera y segunda línea de defensa, y la evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, proporcionando una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

El PAAC tiene un carácter preventivo para el control de la gestión y está integrado por 6 componentes, a saber: Gestión del Riesgo, Rendición de Cuentas, Racionalización de trámites, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, Transparencia y acceso a la información y las Iniciativas adicionales, que para el Hospital es el Código de Integridad.

Se presenta el segundo seguimiento, con corte al 31 de agosto de 2020, al cumplimiento de las actividades registradas en cada uno de los seis componentes de la estrategia, que para este periodo alcanzó un avance del 77%. El resultado por se aprecia en la siguiente gráfica y a continuación se desglosa por componente:



Fuente: Información Matriz PAAC. Elaboración Oficina Control Interno. Agosto, 2020

1- GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: 94%

El Componente de Gestión del Riesgo, involucra tanto al personal directivo como a todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos los riesgos, tanto internos como externos, a los cuales está expuesta la Entidad y que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos. Se desarrolla a través de 3 subcomponentes:

1. *Política de Administración de Riesgos de Corrupción*: estos documentos están actualizados, no se encuentran controlados dentro del Sistema de Gestión de Calidad, razón por lo cual cuenta con un 77%.
2. *Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción*: La institución construyó el mapa en el tiempo estipulado, se validó y se publicó. Actualmente se está revisando, teniendo en cuenta la nueva realidad nacional, para adicionar riesgos relacionados con emergencia, desastre y epidemia. Cumplimiento del 100%
3. *Monitoreo o revisión*: El monitoreo y seguimiento a los riesgos de corrupción se ha realizado en las fechas estipuladas por la norma, se analizan cambios en el contexto y se identifican riesgos emergentes. Cumplimiento del 100%

Estos subcomponentes contienen a su vez 11 actividades, de las cuales en este segundo seguimiento se cumplieron 9 y 2 con avances, para un cumplimiento total del 94%.

2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: 61%

El objetivo de este componente está orientado en simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, mediante su actualización con estándares de calidad.

Este componente se desarrolla a través de 4 subcomponentes:

1. *Estandarización de hojas de vida de trámite, servicios y OPAS*: se encuentran 5 trámites inscritos, 2 en trámite, con un cumplimiento del 75%
2. *Marco legal de la racionalización de trámites*: Se revisó la norma para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios. Cumplimiento del 100%
3. *Políticas relacionadas con la racionalización de trámites*: Se cuenta con la política y se encuentra en proceso de actualización para ajustarla al decreto 2106/19 y su posterior actualización. Cumplimiento 50%
4. *Racionalización de trámites*: se realiza acompañamiento a los líderes responsables. Se han racionalizado 2 trámites, los 7 restantes tienen avances en el proceso. Cumplimiento del 63%

Para estos subcomponentes se registraron 14 actividades, de las cuales presenta 6 cumplidas y 8 con avances, logrando un cumplimiento general del 61%.



3- RENDICIÓN DE CUENTAS: 98%

Este componente busca promover la confianza y fortalecer la relación con los ciudadanos y grupos interesados, a través de la transparencia de la gestión de la administración pública.

Este componente se desarrolla a través de 3 subcomponentes, a saber:

1. *Información* Se ha cumplido en su totalidad, 100%, en las etapas de aprestamiento, diseño y preparación. Se cuenta con equipo líder, autodiagnóstico, autoevaluación, capacitación, sensibilización, consolidación, publicación.
2. *Diálogo*: Se llevó a cabo la audiencia pública y el boletín no se ha publicado, por lo cual tiene un cumplimiento del 75%.
3. *Responsabilidad*: Este subcomponente tiene un cumplimiento del 100%. Se analizaron y difundieron las recomendaciones y conclusiones de las partes interesadas, se aplicó encuesta, se realizó evaluación del equipo y se reportó a la superintendencia.

Se registraron 20 actividades de las cuales 17 se llevaron a cabo y 3 están en proceso, dando un cumplimiento del 98%.

4- MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO: 83%

Este componente busca mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios de la administración pública y satisfacer las necesidades de la ciudadanía

Este componente cuenta con 5 subcomponentes:

1. *Estructura administrativa y direccionamiento estratégico*: Para la vigencia 2020 no se asignó presupuesto, está en proceso para la vigencia 2021. Para septiembre está programada capacitación sobre diálogo social. Se socializa por diferentes canales institucionales, actividades que benefician a la población vulnerable con enfoque diferencial (entrenamiento senso perceptual, técnicas pre bastón). Se asigna un cumplimiento del 50%.
2. *Fortalecimiento de los canales de atención*: Se avanza en el fortalecimiento de la página web, se requiere mejorar para que la población con discapacidad navegue e interactúe en el sitio web institucional. El soporte CROSS, en el momento del seguimiento, está en trámite de legalización. Cumplimiento de este subcomponente del 50%

3. *Talento Humano*: Se realizó charla en inducción y reinducción sobre deberes y derechos, el protocolo de atención al usuario se socializa por la intranet, en Evaristo el Mas Visto y en el Comité de Subgerentes y Coordinadores. Se realizó la semana de los deberes y derechos. Cumplimiento del 100%
4. *Normativo y procedimental*: Se cuenta con trimestrales de PQRSF, retroalimentando a los procesos, generando planes de mejora. La apertura de buzones se realiza como lo establece el Manual de Procedimientos de Atención al Usuario. Cumplimiento del 100%
5. *Relacionamiento con el ciudadano*: Se avanza en el proceso para que se cumpla con el registro de la información de pertenencia étnica y grupo poblacional en el proceso de admisión. Se realiza estandarización de la ruta de la población vulnerable y víctima del conflicto armado. Se realizaron ajustes de término en la historia clínica (*cambio de indigente por habitante de calle*). Cumplimiento del 80%

El desarrollo de estos subcomponentes se realiza a través de 11 actividades, de las cuales se cumplieron 8, quedando 3 con avances, dando como resultado un cumplimiento del 83%.

5- TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN: 78%

Este componente busca establecer acciones para el cumplimiento efectivo en la publicación, divulgación y disposición de mecanismos para el acceso a la información.

Este componente cuenta a su vez con 3 subcomponentes:

1. *Transparencia activa*: Se debe fortalecer el seguimiento a las políticas de gobierno digital. Las hojas de vida de los servidores se encuentran registradas en el SIGEP, es preciso ingresar también las de los contratistas, para dar cumplimiento a la norma. Se registra avance en la información de la Institución registrada en la página web. Se promueve el uso del correo institucional. Se registra avance en la definición de datos abiertos y promover su uso. Este subcomponente tiene un avance del 63%
2. *Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información*: Se tiene un 100% de cumplimiento en este ítem, con la publicación y socialización de las TRD, la actualización de los activos de información y de la información clasificada y



reservada. Se realizó seguimiento al programa de gestión documental y al plan de mejoramiento archivístico.

3. *Monitoreo del Acceso a la Información Pública:* La Oficina de Atención al Usuario realiza informes trimestrales, los cuales se publican para consulta de la comunidad y partes interesadas. Cumplimiento del 100%.

Se registraron 15 actividades para el desarrollo de estos subcomponentes, realizando en su totalidad 9, y quedando en proceso 6, para un cumplimiento del 78%.

6- INICIATIVAS ADICIONALES: 50%

Este componente se creó para que las entidades registren las iniciativas adicionales que consideren necesarias para combatir la corrupción, para lo cual el Hospital consideró de gran relevancia el Código de Integridad, y para su desarrollo registró las siguientes 3 actividades:

1. *Implementar y Socializar el código de integridad a los colaboradores del HUV:* Se han socializado los valores por diferentes canales internos y se han ofrecido charlas en actividades como el día del servidor público. Cumplimiento del 100%
2. Entregar cartilla del código de integridad a funcionarios *del HUV:* La cartilla está diseñada, se encuentra en ajustes: Cumplimiento del 50%
3. *Realizar concurso para el mejor empleado del HUV con criterios establecidos desde el Código de Integridad:* En el mes de diciembre se cumple con esta actividad.

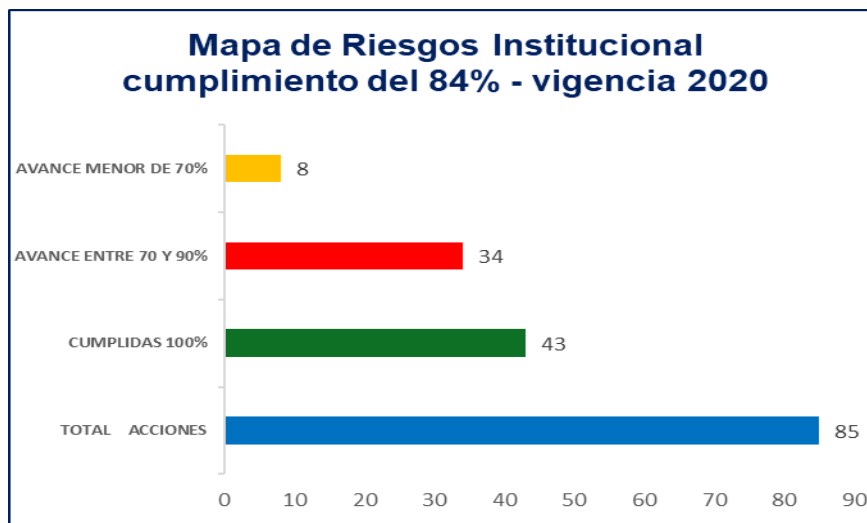
MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN: 84%

El Modelo Estándar de Control Interno –MECI, se desarrolla a través de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- “Control Interno”, y uno de sus componentes es la “Evaluación del Riesgo”.

La Gestión de los riesgos institucionales, hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.

El Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad para la vigencia 2020, registra 39 riesgos clasificados de la siguiente manera: 12 Riesgos de Corrupción, 7 Riesgos Clínicos, 5 Riesgos de Seguridad digital y 15 Riesgos de Gestión.

Para estos 39 riesgos se diseñaron 85 acciones para mitigarlos, de las cuales 43 se cumplieron al 100%, 34 cuentan con un avance alto y 8 con avance menor, como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: Información Matriz de Riesgos. Elaboración propia Oficina Control interno. Agosto 2020.

Como se observa en la gráfica anterior, a la fecha del seguimiento se tiene un cumplimiento del 84%. Se deben fortalecer las acciones de control con los siguientes riesgos:



1. Riesgo de complicación y muerte por no prestación de servicios transversales en forma oportuna (UCI, imágenes diagnósticas, Laboratorio, Banco de Sangre, Cirugía).
2. Perdida o daño a los bienes de la institución.
3. Ofrecimiento de dadas, tráfico de Influencias y clientelismo en el proceso de contratación.
4. Fallas en el proceso de atención en salud realizado por el personal en formación.
5. Los objetivos establecidos en los convenios docencia-servicio no se logren.
6. Radicación no oportuna de la facturación.
7. Demoras en el reforzamiento estructural de la infraestructura hospitalaria.
8. Perdida de información.

Conclusiones del ejercicio:

En esta actividad realizada en forma virtual, atendiendo las recomendaciones de aislamiento y protección con ocasión de la pandemia COVID-19, se resalta la disposición de los funcionarios responsables para dar respuesta oportuna al requerimiento, lo que se constituye en una mejora institucional en los ejercicios de seguimiento a la gestión.

Se invita a todos los procesos a continuar con la disciplina de autoevaluación y cumplir con las acciones que están en proceso, antes del último seguimiento que se llevará a cabo en el mes de diciembre, y que da cierre a las acciones planteadas.

Revisión en la formulación Mapa de Riesgos Institucional:

La Oficina de control Interno realizó revisión al diseño de los riesgos planteados en el Mapa Institucional, identificando oportunidades de mejora, como:

1. Unir riesgos que plantean lo mismo, como: *perdida o daño a los bienes e la institución* y *pérdida de información* que aparecen registrados varias veces.
2. Rediseñar algunos riesgos, teniendo en cuenta que su formulación se puede catalogar más como causa, por ejemplo: el # 19 *Omisión de la actuación de la defensa judicial* y el # 27 *Vencimiento de términos*, podría quedar planteado así: *Incumplimiento en las actuaciones dentro los términos procesales*, donde su omisión y vencimiento están entre las causas.

3. Riesgos aplicados solo a un proceso, del cual tienen responsabilidad todos o varios, como es el caso de: incumplimiento en el seguimiento a la gestión del proceso, que figura como responsable solo Coordinación Quirúrgica.
4. Se registraron varios controles en una misma casilla, lo que dificulta la identificación de responsable y el seguimiento por parte de esta dependencia.

RECOMENDACIONES:

Mapa de Riesgos

1. A la Oficina Asesora de Planeación, realizar un ejercicio de revisión y ajuste al Mapa de Riesgo Institucional, teniendo en cuenta éstas y otras recomendaciones realizadas por Control Interno y por los procesos involucrados.
2. Realizar o gestionar capacitación en la formulación de riesgos y controles, al interior de la institución, teniendo en cuenta que se identificaron errores en su diseño.
3. Formular, presentar y radicar el proyecto de inversión para el reforzamiento estructural del área s) a intervenir, acción formulada en el mapa, y que es indispensable para la institución en proceso de acreditación.
4. Realizar el cercamiento del área contigua al archivo central del HUV, actividad que viene sin cumplir desde la vigencia anterior.

Plan de Lucha contra la Corrupción

1. Avanzar en las actividades registradas en el componente de racionalización de trámites, específicamente los trámites de: *dispensación de medicamentos y dispositivos médicos* y de *radiología e imágenes diagnósticas*, los cuales presentan mayor atraso.
2. En el componente de Transparencia se requiere mejorar la página web, en cumplimiento de la política de gobierno digital, como también lo relacionado con datos abiertos del subcomponente de transparencia activa.
3. Realizar el debido registro de las hojas de vida de los contratistas en el SIGEP, para dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.17.10 del Decreto 1083 de 2015: *el registro de hojas de vida debe ser diligenciado en forma obligatoria, por: "Los contratistas de prestación de servicios, previamente a la celebración del contrato"*.
4. Realizar las gestiones para entregar la cartilla del código de integridad a los funcionarios.