

INFORME PRIMER SEGUIMIENTO

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

LEY 1474 DEL 2011

ERVIN UNDECY RIZO TIGREROS
Jefe Oficina de Control Interno

Beatriz Elena Santa Herrera
Auditora Control Interno

Santiago de Cali, mayo de 2020



INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., en cumplimiento del 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.*

Debido a las medidas excepcionales emitidas por la Institución, atendiendo directrices gubernamentales, relacionadas con el aislamiento preventivo obligatorio para enfrentar la pandemia del COVID-19, la Oficina de Control interno realizó este primer seguimiento a la Estrategia de Lucha contra la Corrupción en forma virtual como medida de control.

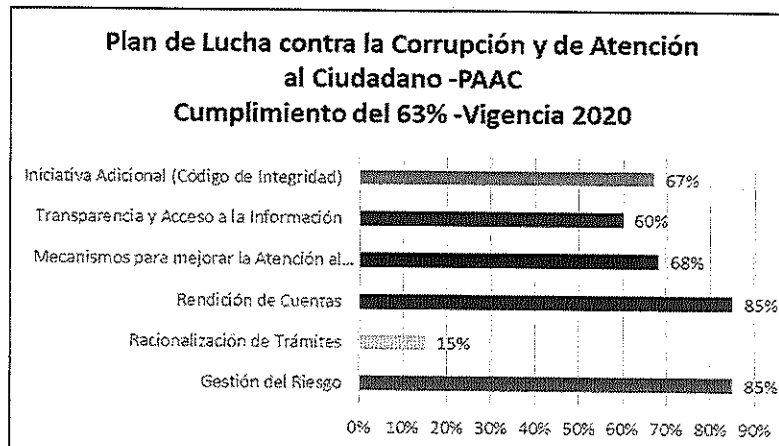
Por lo anterior, el informe se realiza con los avances que realizaron algunos procesos (especialmente el área administrativa), teniendo en cuenta que para muchas de las áreas asistenciales no fue posible realizarlo por la dificultad para presentar al equipo auditor evidencias de las acciones, sin tener que visitar dichos procesos.

La implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de todos los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, para lo cual la Institución cuenta con una Política de Administración de Riesgos y un Mapa de Riesgos Institucional. La Oficina de Control Interno mediante el seguimiento proporciona aseguramiento sobre el diseño y efectividad de dichas actividades.

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.

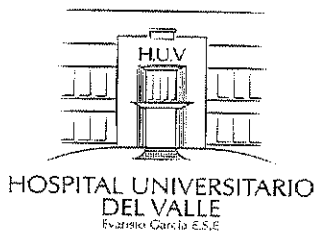
El presente documento contiene el primer seguimiento, con corte al 30 de abril de 2020, al cumplimiento de las actividades registradas en cada uno de los seis componentes de la estrategia, alcanzando un 63% de cumplimiento. El resultado por componente se aprecia en la siguiente gráfica:



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

1- GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: 85%

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.



el Componentes de Gestión del Riesgos de corrupción se desarrolla a través de 3 subcomponentes:

- 1. Política de Administración de Riesgos de Corrupción*
- 2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción*
- 3. Monitoreo o revisión*

Estos subcomponentes contienen a su vez 11 actividades, de las cuales en esta primera etapa se cumplieron 6.

2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES: 15%

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*
- 2. Marco legal de la racionalización de trámites*
- 3. Políticas relacionadas con la racionalización de trámites*
- 4. Racionalización de trámites*

Para estos subcomponentes se registraron 14 actividades, de las cuales presenta 2 cumplidas.

3- RENDICIÓN DE CUENTAS: 85%

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*
- 2. Diálogo*
- 3. Responsabilidad*



Se registraron 20 actividades para llevar a cabo estos subcomponentes, de las cuales 17 se llevaron a cabo.

4- MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO: 68%

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*
- 2. Fortalecimiento de los canales de atención*
- 3. Talento Humano*
- 4. Normativo y procedimental*
- 5. Relacionamiento con el ciudadano*

El desarrollo de estos subcomponentes se realiza a través de 11 actividades, de las cuales se cumplieron 5 en su totalidad.

5- TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN: 60%

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*
- 2. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información*
- 3. Monitoreo del Acceso a la Información Pública*

Se registraron 15 actividades para el desarrollo estos subcomponentes, llevando a cabo 4.



6- INICIATIVAS ADICIONALES: 67%

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 siguiente 3 actividades, de las cuales se ha cumplido 1.

- 1. Implementar y Socializar el código de integridad a los colaboradores del HUV*
- 2. Entregar cartilla del código de integridad a funcionarios del HUV*
- 3. Realizar concurso para el mejor empleado del HUV con criterios establecidos desde el Código de Integridad*

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN: 38%

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”, el cual en su segundo componente plantea la “Evaluación del Riesgo”.

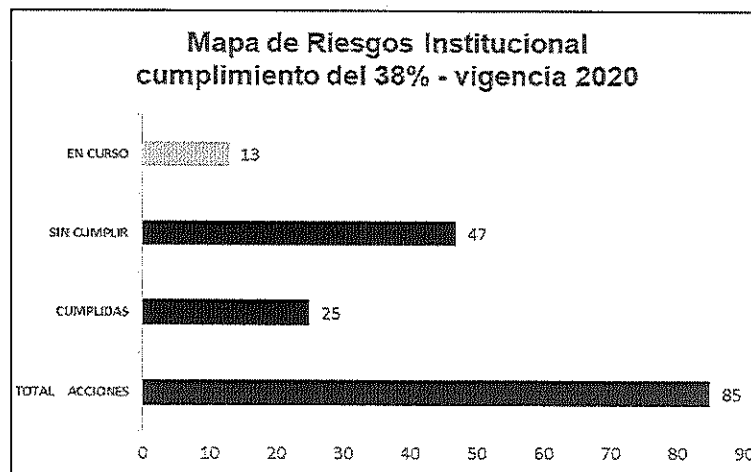
La Gestión de los riesgos institucionales, hacen referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos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

El Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad para la vigencia 2020, registra 39 riesgos clasificados de la siguiente manera:

Riesgos de Corrupción:	12
Riesgos Clínicos:	7
Riesgos de Seguridad digital:	5
Riesgos de Gestión:	15

Para estos 39 riesgos se diseñaron 85 acciones para mitigarlos, de las cuales se logró verificar 25 actividades cumplidas y 13 con avance.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones del mapa, con corte al 30 de abril/ 2020, arrojó un cumplimiento del 38% y esto debido a, como se explicó al inicio del documento, la dificultad para verificar las acciones cumplidas.



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

RECOMENDACIONES:

En el diseño del Mapa de Riesgos

1. El riesgo # 5: **Incumplimiento en el seguimiento a la gestión del Proceso**, se considera una causa y no un riesgo, por lo cual se recomienda revisar.
2. El riesgo # 10 registró dos actividades para mitigarlo, una de ellas es *“Autorización integral de servicios para paciente hematológicos”*, en la cual la responsabilidad aparece a cargo de la EPS, situación que no se puede controlar, razón por la cual se recomienda ajustar con una actividad que pueda realizar el Hospital y no que esté a cargo de una entidad externa.
3. De acuerdo con la guía de administración del riesgo, al realizar el análisis de un riesgo de corrupción solo se aplica impacto moderado, mayor y catastrófico, por lo tanto, el riesgo # 24 registrado en el mapa debe ser ajustado, debido a que fue calificado con impacto menor.
4. El riesgo # 29: **La información relacionada con vigilancia epidemiológica y hechos vitales no sea oportuna y de calidad**, una de sus actividades es: *“Realizar capacitación y socialización continua por parte de epidemiología con la participación del personal de los servicios”*, registra como uno de los responsables a la Oficina de Control Interno, lo cual se debe ajustar teniendo en cuenta que no corresponde a dicho proceso realizar capacitación en temas de vigilancia epidemiológica.
5. Se identifican 2 riesgos iguales: El No. 4- **Atención Inoportuna** y el No. 11- **Demora en atención de los pacientes**, la recomendación es dejar uno solo con las causas asociadas y los controles respectivos.

Adición de Riesgos

La Oficina de Control Interno en concordancia con la Circular Conjunta No. 100-08-202 de mayo 5/2020, recomienda revisar los siguientes riesgos, relacionados con el Estado de Emergencia derivado del COVID-19, para que sean validados con los procesos involucrados y se incluyan al Mapa de Riesgos Institucional:

1. La contratación como respuesta al COVID-19, no cumpla con los lineamientos de transparencia
2. Contaminación cruzada del personal que labora en la Institución por el no uso de los EPP.
3. Ser centro de amplificación de brote, por falta de control en el ingreso de visitantes y usuarios sin las barreras de protección adecuada.