



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Auditoría: Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano.

Fecha: Informe de seguimiento correspondiente al 31 de diciembre de 2016

NOMBRE DEL PROCESO: Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano año 2016

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan de anticorrupción y de atención al ciudadano de acuerdo con la Ley 1474 de 2011 y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

ALCANCE: Inicia con la verificación de la elaboración del plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y termina con la evaluación del cumplimiento de las acciones propuestas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2016
- Publicaciones en la intranet y en la página web
- Matriz de riesgos de corrupción
- Código de ética y de buen gobierno
- Plan de capacitación institucional
- Evaluación plan de acción
- Procesos y procedimientos
- Rendición de cuentas
- Planes de mejoramiento
- Plan de capacitación
- Informes de quejas y reclamos

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL INFORME: Enero de 2017



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Revisada la Gestión de Riesgos de corrupción se encuentra que fueron ejecutadas las siguientes actividades:

- Durante el año 2016 se desarrolló una programación para la socialización de temas transversales para su despliegue en las reuniones semanales, entre ellos el tema de riesgos que se trabaja desde MECI, en la Habilitación y Acreditación; y en este último referente la Gestión de los riesgos es uno de sus ejes transversales; en estos despliegues se hizo socialización de la Política y el programa de Administración del Riesgo.
- En el mes de agosto de 2016 la Junta Directiva de la Entidad, autorizó nombrar un Gestor de Riesgos y mediante resolución de Gerencia N° 387 del 16 de Agosto de 2016 se asignan funciones de Gestor de Riesgos y de Oficial de Cumplimiento de SARLAFT (Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo).
- A partir de la designación del gestor de riesgos se viene trabajando en depuración de los riesgos identificados en todos los procesos de la institución, se está construyendo un inventario de riesgos donde están incluidos los riesgos de corrupción.
- Desde el programa de Gestión de riesgos se tiene definido que la alta dirección es responsable de proponer, orientar, direccionar y controlar la aplicación de la política de administración de riesgos en el Hospital, todos los servidores son responsables de la correcta aplicación y autocontrol del componente de administración de riesgos, mediante la identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados a sus procesos. En primera instancia, el seguimiento se debe llevar a cabo por el responsable del proceso (Director, Jefe, Líder), segundo momento de seguimiento por parte del Subgerente (Procesos asistenciales, procesos administrativos y financiero). Se asignó un responsable como Gestor Riesgos para coordinar y fortalecer el programa de riesgos.
- Se realizó a 31 de octubre de 2016, el seguimiento a la matriz de riesgos de cada uno de los procesos, donde están incluidos los

riesgos de corrupción.

- Durante este año no fue posible realizar la medición del índice de madurez de Gestión del riesgo. En el Plan de Desarrollo institucional 2016-2019, se define como uno de los proyectos la implementación de los estándares de la norma ISO 31000, una vez se implemente la norma se realizará nuevamente la medición para determinar los avances en la gestión del riesgo.
- La Oficina de Control Interno recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos y desde el comité coordinador de control interno, que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.

COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

En el marco de la estrategia Antitrámites, se realizaron las siguientes actividades:

- Se diseñó un formulario para solicitar citas con médico especialista vía web, el cual inició en el mes de abril de 2016. Al mes de diciembre se habían recibido 175 solicitudes de las cuales 65 solicitudes de cita no se pudieron asignar porque no se tenía contrato con el asegurador, por no tener autorización o porque fue imposible localizar el usuario en los números de contacto. La mayoría de usuarios que solicitan son de las EPS, el 29% son citas particulares.
- Se tiene un banner en la página web, y la portada del Facebook con la promoción del servicio, así mismo se han puesto avisos en el chat promocionando el servicio cuando solicitan citas.
- Al consultar la satisfacción de los usuarios con el trámite de asignación de citas, se observa al 31 de diciembre de 2016, que la satisfacción con el servicio de citas web fue del 97%. El 3% insatisfecho obedece a razones que el Hospital no controla como son las autorizaciones o contratos con aseguradoras. El 98 % volverían a utilizar el canal y el 95% lo recomendarían a otra persona.
- Los nueve servicios que registro el Hospital en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT siguen vigentes, no se ha



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

requerido ninguna actualización.

COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.

Revisada la rendición de cuentas se encuentra que fueron ejecutadas todas las actividades de esta estrategia en los primeros meses del año 2016.

- Se realizó reunión de planeación de la rendición de cuentas del informe de gestión, según acta del 10-02-2016, se recopiló toda la información necesaria para las presentaciones de las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés. La presentación se publicó en la página web en los tiempos establecidos. <http://www.hgm.gov.co/index.php/gestion-institucional/planeacion-gestion-y-control/informes-de-gestion>. se enviaron por correo electrónico, perfil Facebook, pagina web y se entregaron volantes en invitación personalizada. Se ubicaron además afiches en carteleras Institucionales y lugares públicos", se publicó en la página de la Supesalud la fecha, hora y lugar de la audiencia pública en los tiempos establecidos, la audiencia pública se realizó y con la respectiva evaluación de ésta.
- La presentación sistemática de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción por parte de los líderes se realiza de manera sistemática en las fechas establecidas, de las audiencias públicas no se presentaron oportunidades de mejora que deban ser objeto de seguimiento. Se cuenta con una carpeta compartida de Calidad donde reposa la información con la ruta, para evidencias de todas las acciones que hacen parte del proceso de rendición de cuentas.

COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL USUARIO.

Revisado el componente de Atención al Usuario se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- Se verifica el envío de manera sistemática de la información consolidada del SIAU a las diferentes partes interesadas, para su gestión y articulación con el modelo de mejoramiento institucional. Se envía semanalmente el informe del SIAU a directores y líderes de procesos.



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

- El proceso tiene dos indicadores que miden la oportunidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios: Proporción de reclamaciones respondidas dentro de los tiempos y Promedio de tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias. Sobre estos indicadores a 31 de diciembre de 2016 se tiene que:
 - En promedio el 86,50% de las reclamaciones fueron respondidas dentro de los tiempos.
 - Se dio respuesta en 6,98 días en promedio a los Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios.
 - Con respecto a la actividad de concluir el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución, durante el año 2016 se han señalado: Urgencias Pediátricas, Gestión Documental, Docencia Servicio, los pisos 9, 7, 6, 5 y 4 sur, Ginecobstetricia (área adecuada), Calderas, Urgencias adulto (área adecuada), los pisos 11, 10, 8, y 6 norte, farmacia, señalización de seguridad y salud ocupacional por norma y aislamientos. Al 31 de diciembre se tienen el 85% de los pisos señalizados con una inversión de \$292.026.462; quedó pendiente de señalar los pisos 4 y 5 de la torre norte, el área de imagenología y el sótano.
 - Para mejorar la atención al usuario a su ingreso se dio por terminada la adecuación y ampliación del servicio de urgencias, la cual mejoró la circulación de los usuarios en el proceso de atención y las condiciones de seguridad del paciente, la iluminación, ventilación y comodidad. El total de la inversión fue de \$ 2,774 millones.
 - Se ha dado continuidad, para facilitar la comunicación con los usuarios en tiempo real del funcionamiento del chat. Al 31 de diciembre se recibieron 1707 chat o consultas ciudadanas de los cuales 1506 fueron efectivas; es decir hubo retroalimentación, esto representa que el 88% de los chat son exitosos. 13% de los chat retroalimentan sobre el servicio y de éstos el 92% lo calificaron como bueno o excelente, el 52 % de los chat o consultas ciudadanas obedecen a temas misionales.
 - Se realizó convocatoria para asamblea general de la asociación de usuarios en el mes de noviembre con el fin de fortalecer este espacio, la cual no tuvo respuesta por parte de la comunidad. Se recomienda continuar implementando estrategias que permitan fortalecer la asociación de usuarios del hospital.
 - Para favorecer la atención a los usuarios se ha venido fortaleciendo la humanización de los funcionarios de la institución,



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

estimulando una atención al usuario humanizada, se realizó la Feria de la Humanización y durante el mes de noviembre y diciembre se realizaron seis talleres YO SOY CULTURA HGM cada uno de cuatro (4) horas, para un total de 349 funcionarios, cuyo objetivo es el de fortalecer cinco comportamientos derivados del diagnóstico de cultura, los cuales son: Sentido de pertenencia, relaciones interpersonales, comunicación asertiva y efectiva, equidad, salud mental.

- Desde el plan de capacitación se fortaleció la atención al ciudadano con temas como: comunicación asertiva al personal de admisiones y facturación con el apoyo de Protección, se capacitaron 20 Auxiliares Administrativas (Facturadores), 4 camilleros, 2 Técnicas Área Salud (Trabajadoras Sociales). El SENA, certificó por competencias a 59 Auxiliares de Enfermería en la Norma VRS 2. Orientar personas según normativa de salud (Orientación al Usuario) y 46 Auxiliares Administrativas en la Tecnología de Gestión por proceso Administración en Salud con un módulo de "Atención y Orientación al Usuario.
- El informe de gestión de las PQRS se publica bimestralmente en la página web Institucional, luego de ser presentado previamente al Comité de Gerencia y la Junta Directiva. En la vigencia 2016 se recibieron un total de 4,256 manifestaciones de las cuales 2327 (54,68%) fueron agradecimientos. 651 (15,30%) felicitaciones, 1024 (24,06%) reclamaciones y 254 (5,97%) sugerencias.
- Con respecto a la medición de la satisfacción de los usuarios, cada mes se envía el informe de satisfacción a directores y líderes, el cual a diciembre de 2016 muestra un resultado global del 98,83% de satisfacción con los servicios prestados.

COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Revisado el componente de Transparencia e Información se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- En el componente transparencia de la información está creada en la página web la sección de "Transparencia y Acceso a la información pública", de acuerdo con cronograma. URL: <http://www.hgm.gov.co/index.php/transparencia-y-acceso-a-la-informacion>. De acuerdo con la matriz de información a publicar y la gestión realizada el indicador es del 100% de la información



SEGUIMIENTO

CONTROL DE LA GESTIÓN EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

publicada. De acuerdo al Decreto 103 de 2015, Artículo 52, el Hospital tiene publicado en la página web el informe consolidado de solicitudes de información, donde se relacionan las solicitudes recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta dado a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

- Al 31 de diciembre de 2016, en el último seguimiento el acumulado de la información actualizada fue del 88%.
- Se tiene actualizado el inventario de activos de información relacionado con la parte documental. El inventario de activos de información (archivos documentales - Central) se tiene actualizado a la fecha y el proceso de hace de manera sistemática a medida que se van realizando las transferencias documentales.
- Se valida el funcionamiento para el servicio de la comunidad, la línea telefónica 384 73-00 extensión 1813, disponible en horas hábiles, la línea gratuita nacional 01 8000 411124, disponible 24 horas, la línea telefónica local, disponible 24 horas, están registrando la información de quejas y reclamos, se ha verificado el cumplimiento del proceso de quejas y reclamos de la institución. Adicionalmente los siguientes correos electrónicos están disponibles y han sido utilizados por nuestros usuarios:

atencionalusuario@hgm.gov.co, contacto@hgm.gov.co

Carlos Uriel López Ríos
Asesor de Control Interno

Preparó: Heriberto Vargas Lema – Profesional de Control Interno.
Revisó: Carlos Uriel López Ríos – Asesor de Control Interno.