



**E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
EL CARMEN DE VIBORAL
PLAN ANTICORRUPCION Y
ATENCION AL CIUDADANO
2018**

PUBLICACION: ENERO 04/2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	3
1. OBJETIVO Y ALCANCE	4
1.1 OBJETIVO	4
1.2 ALCANCE	4
2. COMPONENTES DEL PLAN	5
2.1. GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	5
2.2. RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	8
2.3. RENDICIÓN DE CUENTAS	9
2.4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	10
2.5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	13
2.6. INICIATIVAS ADICIONALES	14
4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	16

INTRODUCCION

El presente documento describe las actividades que la Entidad ha realizado en cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual establece que “Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.” y el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Versión 2”

Este Plan forma parte de la política de administración del riesgo y anticorrupción, aprobada mediante resolución 211 de 2014, la cual articula el quehacer del Hospital, a través de cada una de las acciones desarrolladas para el control efectivo de los riesgos y para un acercamiento continuo de los ciudadanos. También hace parte del Plan operativo anual, pues cada una de estas acciones se articula en el Plan de calidad, control interno, anticorrupción y atención al ciudadano.

Para su elaboración, el Hospital tomó como punto de referencia la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y el Departamento Nacional de Planeación - DNP. De igual manera, se trabaja en un esquema de planes propios, donde se plantea cada una de las acciones a desarrollar en el año, el cual forma parte del Poa general.

1. OBJETIVO Y ALCANCE

1.1 Objetivo

Elaborar y publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción” y establecer estrategias encaminadas en la Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de El Carmen de Viboral.

1.2 Alcance

Las medidas, acciones y mecanismos contenidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, deberán ser aplicadas por todas las dependencias del Hospital.

2. COMPONENTES DEL PLAN

De acuerdo a los lineamientos definidos en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan anticorrupción y atención al ciudadano –versión 2”, definido en el decreto 124 de 2016, nuestro plan consta de los siguientes componentes:

- Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción
- Racionalización de tramites
- Rendición de cuentas
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
- Iniciativas adicionales

El desarrollo de los componentes, lo realizamos así:

2.1. Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción

Dentro de este componente se aplican los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción al interior de la Entidad y la elaboración de mecanismos para prevenirlos o evitarlos.

Durante el 2017 con base en “la Guía para la Administración del Riesgo” del Departamento Administrativo de la Función Pública, se mejoró, publicó y divulgó el mapa de riesgos Institucional y a partir de este. Durante el año 2016 el Hospital definió la resolución, en la cual establece:

“ARTICULO PRIMERO: La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de El Carmen de Viboral, se compromete a realizar un plan anticorrupción, mapa de riesgos de corrupción y realizar medidas concretas para mitigar los riesgos, estrategias anti tramites y los medios para mejorar la atención al ciudadano. Su incumplimiento por parte de los servidores públicos se define como falta disciplinaria grave.

ARTICULO TERCERO: Semestralmente se presenta un informe de control interno donde se muestra seguimiento al mapa de riesgos y trimestralmente se evalúa el plan anticorrupción contenido en el Plan Operativo Anual; además de la aplicación del procedimiento de auditorías que contribuye al monitoreo permanente de la gestión de la empresa y por lo tanto la prevención de riesgos”

Este mapa de riesgos, contiene, además de los riesgos de corrupción, cada uno de los riesgos de los procesos y las acciones preventivas orientadas a prevenirlos o evitarlos y su seguimiento a través de las acciones preventivas, las cuales se evalúan de manera semestral.

La estructura del mapa de riesgos es la siguiente:

PROCEDIMIENTO O SERVICIO	CATEGORIA	RIESGO Y/O INCIDENTE	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCION DE LAS CAUSAS	POSIBLES CONSECUENCIAS O EVENTO ADVERSO
--------------------------	-----------	----------------------	----------------	---------------------------	---

IMPACTO (Menor=1, Moderado=4, Mayor=7, Catastrfico=10)	PROBABILIDAD (Frecuente=4, Ocasional=3, Raro=2, Remoto=1)	ÍNDICE DE PRIORIDAD (Impacto x probabilidad)	NIVEL DE RIESGO (Alto>30, Medio 11 a 29, Bajo)	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN O ACCIONES			RESPONSABLE DE LA ACCIONES PREVENTIVAS	PERIODICIDAD DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS
				PREVENTIVAS (Destinadas a Evitar o reducir la Ocurrencia de la falla)	DETECTIVAS Y/O SEGUIMIENTO (Orientadas a Alertar tempranamente la ocurrencia de la falla)	CORRECTIVAS TEMPRANAS Y/O COYUNTURALES (Destinadas a mitigar los efectos de la falla)		

Para los riesgos asistenciales, se determinan las categorías de riesgos del Ministerio de la protección Social.

En el tipo de riesgos, encontramos los siguientes:

- Administrativo
- Administrativo y asistencial
- Corrupción
- Asistencial

El índice de probabilidad y el nivel de riesgos se determina de acuerdo a los siguientes factores:

IMPACTO: consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo, se Clasifican en los siguientes:
IMPACTO O EVENTO MENOR: Sin impacto sobre el usuario quien puede no notarlo, calificación 1
IMPACTO O EVENTO MODERADO: Puede corregirse y el impacto sobre el usuario es mínimo. Calificación: 4
IMPACTO O EVENTO MAYOR: Incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del usuario. Calificación: 7
IMPACTO O EVENTO CATASTROFICO: Puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor al usuario. Calificación: 10
PROBABILIDAD: Posibilidad de que ocurra el evento. Tipos:
PROBABILIDAD FRECUENTE: Puede ocurrir dentro de un breve periodo varias veces en un año. Calificación=4.
PROBABILIDAD OCASIONAL: Puede ocurrir una a dos veces al año, calificación=3
PROBABILIDAD RARO: Puede ocurrir una vez en 2 a 5 años. Calificación= 2
PROBABILIDAD REMOTA: Puede ocurrir una vez de 5 a 30 años. Calificación 1
NIVEL DE RIESGO: Resultado de confrontar el impacto y la probabilidad con los controles existentes al interior de los diferentes procesos y procedimientos que se realizan

El mapa de riesgos, se encuentra publicado en la página del Hospital: www.hospitalcarmenv.gov.co.

Para el 2018, se realizarán distintas actividades orientadas a actualizar y mejorar los insumos de la administración de riesgos de corrupción buscando optimizar los controles que mitiguen posibles causas de ocurrencia de prácticas corruptas, estas actividades, detalladas en el “plan de calidad, control interno, anticorrupción y atención al ciudadano”, las cuales son:

Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic. 2018
Revisión del mapa de riesgos anual y mejora de indicadores especialmente en los riesgos de corrupción	Jefes de área y comité de calidad	Junio 2018
Seguimiento a las acciones preventivas del mapa de riesgo	Encargado de control interno	Semestral
Socialización de puestos de trabajo y puntos de control en reuniones de personal	Comité técnico	Durante todo el año

2.2. Racionalización de tramites

La Entidad continuará adelantando ejercicios de planificación sobre cada uno de los servicios que presta, con la finalidad de minimizar los trámites que debe realizar la ciudadanía.

En este sentido, las actividades a desarrollar, son:

Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic. 2018
Continuar con el Plan de Racionalización, Simplificación o Eliminación de Trámites a través de la web y de los servicios del conmutador, aprovechando además, la plataforma Siut de Gobierno en Línea	Gerencia de la información	Febrero a dic. 2018
Verificación de los planes de mejora de los hallazgos de las auditorías, autoevaluaciones y revisiones de los procesos	Control Interno	Diciembre 2018

2.3. Rendición de cuentas

En el Hospital, de manera permanente se utilizan diferentes mecanismos para dar a conocer los resultados de la gestión institucional y establecer dialogo participativo con la ciudadanía con el fin de recibir su percepción frente a la prestación de los servicios, expectativas y requerimientos, todo esto documentado en el procedimiento P-GES-006 –Rendición de cuentas, donde se plantean las siguientes actividades como parte de la rendición de cuentas:

- Informe de gestión publicado en la página web del Hospital
- Presentación de Informes en la página Web, en carteleras, boletines, programa de tv, radial y otros medios de comunicación
- Informe de Gestión ante el Concejo Municipal, respondiendo a citaciones de control Político o cuando el Hospital lo solicite.
- Respuesta a derechos de petición o de información que solicite la ciudadanía a través de diferentes mecanismos.
- Audiencias Públicas a grupos de la comunidad, citados a través de diferentes mecanismos.
- Grupos focales
- Grupos Zonales
- Reuniones comunitarias en la estrategia Alcaldía con todos
- Mesas de trabajo
- Consejos o espacios formales de participación ciudadana
- Entrevistas directas
- Auditorias Integrales de la contraloría General de Antioquia.
- Invitaciones al interior de la Institución.

Para este año 2018, el Hospital continuará con la estrategia de participación, además se toma como herramienta de base, las estrategias publicadas en el Manual Único de Rendición de Cuentas de la Presidencia de la República-Secretaría de Transparencia, Departamento Administrativo de la Función Pública y Departamento Nacional de Planeación y según sugerencias del equipo técnico regional de la SSS y PS de Antioquia, se realizaran dos rendiciones por año; una semestral.

2.4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano

El servicio al ciudadano es un fin esencial del Estado y en ese marco, el documento CONPES 3785 de 2013, Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano, estableció como las líneas principales en materia de servicio, entre otras, las siguientes:

1. Cualificar los equipos de trabajo.
2. Fortalecer el enfoque de gerencia del servicio al ciudadano en la administración político-nacional.
3. Contribuir a la coordinación y al impulso de iniciativas integrales de mejoramiento de los canales de atención de las entidades.

El Hospital, cuenta con procedimientos donde describe cada una de las acciones concernientes a brindar un acercamiento entre el ciudadano y la Entidad. Algunos de estos procedimientos, son:

- P-PAS-021 SIAU: Este procedimiento describe cada una de las acciones que realiza la oficina de atención al usuario, para la orientación y atención al ciudadano y la ayuda con la tramitología en salud.
- P-PAS-022 MANIFESTACIONES: Procedimiento que determina el que hacer con cada una de las manifestaciones recibidas de la ciudadanía, sea queja, felicitación o reclamo.
- P-PAS-020 ADMISIONES E INFORMACION: Procedimiento que define el paso a paso en la atención inicial del usuario, para el acceso a los servicios de salud.
- P-GES-007 PROMOCION DE SERVICIOS. Este procedimiento describe las estrategias utilizadas para la interacción con los usuarios internos y externos. Estas son:
 - Escucha de la voz del cliente externo:
Reuniones con Liga de usuarios, Comités externos, Grupos focales, Manifestaciones, Encuentros comunitarios, Concejo Municipal de Gobierno, Reuniones de Asocomunal, etc. En estas reuniones se comunican los servicios y novedades y se detectan necesidades y expectativas las cuales son diligenciadas en la bd respectiva para su análisis y gestión.
 - Escucha de la Voz del cliente interno:

Se realiza a través de las manifestaciones de los empleados, Comités, Reuniones de Grupos, etc. Igualmente se reportan en la bd de necesidades y expectativas para su respectivo análisis y gestión.

- Canales de comunicación internos:
Dentro de los canales de comunicación se tienen carteleras, inducción, reinducción, boletines, comités, reuniones de área, reuniones de personal, memorandos, correo interno, chat interno. Los responsables son los líderes de los procesos.
- Canales de comunicación externos:
Programas radiales, comités de carácter Municipal, canal comunitario, boletines, carteleras, web, Informes de gestión, Presentaciones Publicas de Gestión del Hospital, encuesta de imagen institucional, teléfono, SIAU, encuesta de demanda inducida.
- Encuesta de imagen institucional:
Periódicamente se contrata la encuesta de imagen Institucional con una firma externa, de tal manera que se tenga otro concepto mas objetivo frente este aspecto.
- Programa de gerencia en su casa: este programa se alimenta de la información generada por el personal operativo de la estrategia APS, recibiendo necesidades y expectativas de los usuarios, las cuales serán gestionadas y en lo posible resueltas
- Encuesta de demanda inducida:
Identificar, según las edades de los usuarios y la resolución 412, que servicios pueden ofrecerle al usuario.
- Plan de comunicaciones.
Desde este procedimiento se genera el plan de comunicaciones, el cual de manera global, contempla las actividades a desarrollar durante el año, como apoyo de la promoción de la imagen Institucional y hace parte del POA del Hospital.
- Pagina Web:
Pagina Institucional donde se presenta la información relevante del Hospital y se captan quejas y necesidades y expectativas de la comunidad.
- Pagina intranet:
Pagina interna para el manejo de la comunicación empresarial.

Se cuenta, dentro de este procedimiento, con un capítulo específico para la información referente al Sistema de Salud y Seguridad en el trabajo, así:

- El Copasst debe informar periódicamente, a los empleados, contratistas, proveedores y personas que ejerzan labores en la Institución, sobre los siguientes temas:
 - Inspecciones de seguridad general
 - Inspecciones de seguridad áreas críticas
 - Inspecciones de seguridad a elementos de protección personal
 - Inspección de seguridad de orden y aseo
 - Inspección Ergonómica
 - Inspección de extintores
 - Revisión de historial de vacunación y completar esquemas
 - Investigación de incidente y accidentes laborales
 - Análisis de la información de las empresas contratistas
 - Seguimiento a las incapacidades por enfermedad general y accidente laboral
 - Dirigir pausas activas
 - Acompañamiento para trabajos en alturas
 - Análisis de ausentismo laboral y actualización de cadenas de llamadas

Además de los procedimientos, se cuenta con la cualificación del talento humano a nivel nacional en temas de normas de competencia para interactuar con clientes, formación y capacitación en talleres de cultura del servicio, talleres de servicio, accesibilidad, entre otros.

Así mismo, en la página WEB se indica a los ciudadanos la forma de solicitar información o presentar una queja, reclamo o sugerencia. El ciudadano cuenta con los siguientes medios para realizar su solicitud, queja o reclamación:

- Página web
- Buzones
- Atención directa
- Atención telefónica

2.5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley, excepto la información y los documentos considerados como legalmente reservados.

El Hospital, además, da cumplimiento a la ley de transparencia y publica toda la información en la página web y en la intranet; además utiliza otros medios, como son:

- Canales de comunicación internos:
Dentro de los canales de comunicación se tienen carteleras, inducción, reinducción, boletines, comités, reuniones de área, reuniones de personal, memorandos, correo interno, chat interno. Los responsables son los líderes de los procesos.
- Canales de comunicación externos:
Programas radiales, comités de carácter Municipal, canal comunitario, boletines, carteleras, web, Informes de gestión, Presentaciones Públicas de Gestión del Hospital, encuesta de imagen institucional, teléfono, SIAU, encuesta de demanda inducida.

Las actividades que se plantean para el 2018, son:

Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic 2018
Reinducción anual	Jefes de área	Octubre de 2018
Publicar en el Sitio web el Plan de Acción 2018, especificando Objetivos, Estrategias, Proyectos, Metas, Responsables e indicadores de gestión.	Sistemas	Enero 2018
Publicar en el Sitio web los indicadores	Sistemas	Junio y

de gestión.		Diciembre de 2018
Publicación en página web y cartelera los estados financieros anuales	Sistemas	Enero de 2018
Elaboración de informes sobre resultados del Buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción	Siau	Trimestral
Ejecución del proceso contractual y publicación en la página de gestión transparente	Asistente de Gerencia	A necesidad
Mantener a disposición de la ciudadanía en un lugar visible información actualizada sobre: - Derechos de los usuarios y medios para garantizarlos. - Horarios y puntos de atención. - Difusión de derechos y deberes - Servicios Habilitados	Asistente de Gerencia	Enero a diciembre /2018

2.6. Iniciativas adicionales

Esta estrategia se refiere a las iniciativas particulares de la entidad que contribuyen a combatir y prevenir la corrupción. Para ello, se plantea para el 2018:

Actividad	Responsable	Fechas
Sensibilización frente al código de ética en inducción y firma del compromiso ético al ingreso a la institución	Todo el Personal	Todo el año
Capacitación sobre anticorrupción al personal de la empresa en la inducción mensual y re inducción anual.	Todo el Personal	Todo el año
Provisionar los empleos de libre nombramiento y remoción con transparencia, aplicando en los procesos de vinculación la evaluación de las competencias de los candidatos.	Gerencia	Todo el año
Exigir las declaraciones de bienes y rentas de los funcionarios y comprobar la veracidad de éstas.	Talento Humano	Abril 2018

Revisión del registro público organizado sobre los derechos de petición	Jurídica	Todo el año
Evaluación TRIMESTRAL del cumplimiento de los planes Evaluación de los indicadores de cumplimiento Definición acciones correctivas	Jefes de área	Trimestral

4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El seguimiento de las actividades es realizado por los responsables de proceso en coordinación con el Comité de calidad y control Interno. Las fechas de seguimiento al avance de cumplimiento del Plan Anticorrupción, según el manual, son las siguientes:

- Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.
- Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.
- Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

En el Hospital, según el procedimiento de planeación, se realizan seguimientos trimestrales. De esta manera, se define que la evaluación se realizara trimestral como parte de la evaluación del POA 2018 y en los periodos adicionales, para lo cual se definirá un único indicador producto de la sumatoria de las distintas actividades establecidas en cada componente.

Para la evaluación del Poa, se utilizara el formato de planes del Hospital, y para la evaluación específica del plan, se realizara en el siguiente formato, propuesto en el manual, version2.

FORMATO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Entidad: _____

Vigencia: _____

Fecha publicación: _____

Componente: _____

Seguimiento 1 OCI					Seguimiento 2 OCI					Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento:					Fecha seguimiento:					Fecha seguimiento:				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones	Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones	Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones