

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ D.C., Abril de 2017

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
DR. EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA



REVISADO POR:

AUDITOR LÍDER
DR. GABRIEL CASTILLA CASTILLO

OFICINA DE CONTROL INTERNO

PROCESO: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

INFORME FINAL AUDITORÍA DE GESTIÓN DE RIESGOS

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORÍA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
---	---	--	--

LISTA DE TABLAS 3

LISTA DE FIGURAS 3

SIGLAS 3

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA 4

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA 4

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA 4

4. CRITERIOS DE AUDITORIA 4

5. MARCO LEGAL 5

6. METODOLOGÍA UTILIZADA 6

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS 7

8. ASPECTOS POSITIVOS 22



9. NO CONFORMIDADES 22



10. OPORTUNIDADES DE MEJORA 22

11. CONCLUSIONES 24

12. ANEXOS 25

INDICE

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Evaluación y Participación de los Riesgos
Tabla 2. Distribución de Riesgos y Controles por Areas Temáticas

LISTA DE FIGURAS



Figura 1. Política de provisión de servicios de la salud para Bogotá, D.C.
Figura 2. Recomendaciones manejo de usuario y contraseñas, Red de Sangre
Figura 3. Orden al mérito en responsabilidad social DONA BOGOTÁ

SIGLAS

APP Alianzas Público Privadas
DPSS Dirección de Provisión de Servicios de Salud
DTS Direcciones Territoriales de Salud
ESE Empresa Social del Estado
FFDS Fondo Financiero Distrital de Salud
INS Instituto Nacional de Salud
INVIMA Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
MSPS Ministerio de Salud y Protección Social
SDS Secretaría Distrital de Salud
OMS Organización Mundial de la Salud
OPS Organización Panamericana de la Salud
PAIS Política de Atención Integral en Salud
POA Plan operativo anual
PSS Provisión de servicios de salud
REPS Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
SIPRES Sistema de Información Presupuestal de la SDS
TIC Tecnologías de la Información y Comunicación

Realizar la revisión, análisis y verificación de la Gestión de Riesgo en el proceso de Provisión de servicios de salud de la Secretaría Distrital de Salud; ello se surtirá con pruebas selectivas de cumplimiento de conformidad con el marco normativo específico y los principios de la función administrativa.

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORIA.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	 <p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>
--	---	--

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORIA.

- Realizar la revisión de las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la provisión y prestación de servicios de salud y su cumplimiento en la definición de los riesgos del proceso.
- Evidenciar mediante la aplicación de listas de verificación, que en el proceso de provisión de servicios de salud se desarrolla una adecuada administración de los riesgos relacionados con el mismo.
- Verificar la aplicación de controles establecidos para los riesgos formulados, enfatizando en los de evaluación extrema.
- Promover la dinamización de la gestión y la mejora continua.
- Los demás que surjan dentro del desarrollo y ejecución de la auditoría relacionados con el alcance de la misma.

3. ALCANCE DE LA AUDITORIA.

Evaluar la gestión del riesgo en el proceso citado, para lo cual podrá abarcar las competencias relacionadas con el mismo asignadas a la entidad territorial, así como hacer énfasis en los riesgos calificados como Extremos de acuerdo con la metodología definida por la Entidad para este fin.

En términos de vigencia, se auditará y evaluará la gestión del riesgo en el proceso de Provisión de servicios de salud durante el año fiscal de 2016, sin descartar la posibilidad de requerir y analizar información por fuera de este rango, por necesidades estrictas de la misma.

4. CRITERIOS DE AUDITORIA.

Identificación, análisis, evaluación, seguimiento y comunicación de los riesgos en el proceso.

Pruebas a aplicar:

De acuerdo con lo propuesto en la auditoría, se realizarán pruebas de verificación, así como la aplicación de listas de verificación en cumplimiento de los requisitos de las

diferentes normas que regulan la actividad. De otra parte se efectuarán vistas de campo y se solicitará a los funcionarios responsables la información requerida y necesaria a fin de dar buen término a la auditoría en desarrollo.

5. MARCO LEGAL.

En términos generales, las competencias normativas a evaluar y que enmarcan el desarrollo de la auditoría se encuentran contenidas fundamentalmente en:

- ❖ Constitución Nacional, (Arts. 116, 209 y 269), Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones"

- ❖ Ley 489 de 1998 "Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública"

- ❖ Decreto 2145 de 1999 "Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones"

- ❖ Directiva Presidencial 09 de 1999 "Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción"

- ❖ Decreto 2593 del 2000 "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999"

- ❖ Decreto 1537 de 2001 "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado"

- ❖ Decreto 943 de 2014 "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)"



- ❖ Decreto 4485 de 2009 "Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública"

- ❖ Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública." Artículo 73. "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"

- ❖ CPACA. Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo, (Art. 99)

- ❖ Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario

- ❖ Lineamiento Gestión de Riesgos SDS, Código: SDS-PYG-LN-12 V.2

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE GESTIÓN</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

Finalmente, se orientará la formulación del plan de mejora con las acciones correctivas para las No conformidades u Oportunidades de mejora que llegaren a resultar de la evaluación.

✓ Actividades Complementarias.

Actuar:

- ✓ Reunión de Cierre.
- ✓ Entrega del Informe preliminar de auditoría a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
- ✓ Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas

Verificar:

Para terminar el ciclo de auditoría se continuará con

- ✓ Auditoría de campo, se realizaron visitas de campo en el mes de marzo de 2017.
- ✓ Recolección y verificación de la información. Se realizó análisis de la información recolectada en vista de campo y se presentan los resultados en el presente informe.

Hacer:



- ✓ Elaboración del programa de auditoría y plan de auditoría.
- ✓ Definición de los objetivos, el alcance y cronología de ejecución, que se entregan dentro del plan de auditoría.
- ✓ Preparar la auditoría de campo, papeles de trabajo. Se elaboraron papeles de trabajo como es la lista de verificación la cual fue avalada por el jefe de la Oficina de Control Interno.

Planear:

La auditoría corresponde a un proceso programado de tipo interno que incorpora los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno; mediante la aplicación del método PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con la siguiente secuencia:

6. METODOLOGÍA UTILIZADA.

❖ Mapa de Riesgos Proceso Provisión de Servicios de salud

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Patencia Aprobado por: Emiro José García Patencia</p> 
--	---	--

De acuerdo con las prioridades establecidas por la Oficina de Control Interno para la presente anualidad, se definió el énfasis del programa de auditorías en la administración del riesgo; para este fin, partiendo de las competencias normativas asignadas por el Decreto Distrital 507 de 2013 a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, así como las establecidas por la normatividad vigente para la entidad territorial, en lo relacionado con la provisión y prestación de servicios de salud, se evaluaron los riesgos identificados por el proceso en estudio.

En principio, se evidenció que durante la vigencia 2016, la Dirección se organizó funcionalmente en cuatro áreas temáticas para abordar sus competencias:

- La de redes generales e integradas.
- Red Distrital de Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular.
- El Hemocentro Distrital.
- Red de Donación de Órganos y Trasplantes.

En el mapa de riesgos formulado por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, se identificaron en total 15 riesgos y 37 actividades de control para las 4 áreas antes mencionadas, evaluadas como se muestra a continuación:

Tabla 1. Evaluación y Participación de los Riesgos



EVALUACIÓN	RIESGOS	PART. RIESGO	CONTROLES
Extrema	9	60%	16
Alta	5	33%	20
Moderada	1	7%	1
Baja	0	0%	0
TOTAL	15	100%	37

Fuente: Cálculos propios

Para efectos de este proceso auditor se priorizó la verificación de los riesgos y controles de evaluación extrema, comoquiera que tienen una participación del 60% sobre el total de los riesgos definidos en el proceso, como también la mayor combinación entre probabilidad e impacto, resultando estratégico su abordaje, lo cual permitirá que constituya esta metodología una herramienta más eficaz frente a la toma de decisiones y orientación de recursos.

De otra parte, como se ilustra en la Tabla 2, se evidenció que el sólo Hemocentro participa con el 40% y 51% en riesgos y controles, respectivamente, quedando el aprox. 50% restante en las otras 3 áreas temáticas de cobertura de la Dirección, lo cual les asigna a estas últimas un tratamiento a priori de menor nivel respecto de la existencia de riesgos.

7. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

	Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia	OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
---	---	--	--

Se encontró que en esta distribución, el proceso participa con 3 riesgos y 6 actividades de control, de los cuales 1 y 3, respectivamente, fueron clasificados con evaluación extrema. Si bien es cierto el proceso auditor enfatizó en estos últimos, también fueron incorporadas a la lista de verificación las competencias particulares de prestación de servicios de salud existentes en la normatividad general de la nación, toda vez que ante la eventualidad de no ser desarrolladas se podría estar materializando riesgos de no cumplimiento con las implicaciones que derivaría para el Distrito Capital en materia de organización de servicios de salud.



Desde la Dirección central del proceso de provisión de servicios de salud se coordinan las competencias relacionadas con la orientación y rectoría frente a la estrategia de conformación de redes integradas de servicios, específicamente en lo relacionado con las redes generales; allí se concentran las acciones de competencia de la entidad territorial para la definición e implementación del modelo de atención y modelo de prestación de servicios de salud en el Distrito, especialmente en lo relacionado con la organización de oferta de servicios de salud, en consonancia y articulación con los lineamientos de carácter nacional.

7.1. REDES GENERALES E INTEGRADAS.

Fuente: Cálculos propios

AREA / EVALUACIÓN DEL RIESGO		Extrema	%	Alta	Moderada	Baja	TOTAL	%	
RIESGOS	Redes generales e integradas	1	11	1	1	0	3	20	
	Red Distrital de Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular	1	11	1	0	0	2	13	
	Hemocentro Distrital	3	33	3	0	0	6	40	
	Red de Donación de Órganos y Trasplantes	4	44	0	0	0	4	27	
	Subtotal	9	100	5	1	0	15	100	
	CONTROLES	Redes generales e integradas	3	19	2	1	0	6	16
		Red Distrital de Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular	1	6	4	0	0	5	14
		Hemocentro Distrital	5	31	14	0	0	19	51
		Red de Donación de Órganos y Trasplantes	7	44	0	0	0	7	19
		Subtotal	16	100	20	1	0	37	100

Tabla 2. Distribución de Riesgos y Controles por Areas Temáticas

	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>
<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>		

Así las cosas, se observó que el único riesgo de evaluación extrema es "No contar con el recaudo efectivo de recursos financieros provenientes de las rentas cedidas para el desarrollo de los proyectos de inversión para la provisión de servicios de salud", su tratamiento es abocado a partir del desarrollo de tres actividades que abarcan la verificación y consulta de saldos presupuestales, la verificación de ejecución presupuestal de ingresos y gastos y el seguimiento al plan de contratación.



Sin pretender restar relevancia a las actividades descritas, se pudo evaluar que las mismas no impactan de manera eficaz la posibilidad de materialización del riesgo de no recaudo en estudio, así como tampoco el mejor accionar de la dependencia encargada del proceso lo lograría en razón de su competencia, pues su labor no puede garantizar desde la fuente de la renta su intervención y disposición efectiva.

No obstante lo anterior, en el proceso se evidenció la disposición de un profesional especializado de carrera administrativa, encargado de manera exclusiva del seguimiento al comportamiento financiero de las rentas al proceso asignadas, a través del cual se han logrado unas rutinas e instrumentos importantes en sus actividades de control, muy concuentes y de alguna manera preventivas durante el transcurso de la vigencia, que al menos permiten realizar el monitoreo en el recaudo, de tal forma que facilite la ejecución del plan de gastos y/o la reprogramación oportuna de los mismos, sin llegar a resolver la materialización del riesgo en las rentas cedidas, pero que si ayudan en requerir a la Dirección responsable del proceso financiero, para un eventual planteamiento al menos de una sustitución de fuente de ingresos.

En este orden de ideas, se evidenció que el proceso auditado no participa de la planificación de los ingresos con cargo a las rentas cedidas en razón de su competencia, así como también, por cuanto estos últimos están definidos por norma como proporción de algunas actividades económicas del Distrito, para este caso relacionadas con el IVA al consumo de licores y productos extranjeros, no gerenciadas desde el sector salud, por tanto su injerencia es nula.

A pesar de lo anterior, dentro de las rutinas desarrolladas por el proceso en evaluación, se verificó que realiza la consulta periódica al Módulo del Siprés, efectúa un reporte mensual a toda la Dirección contentivo de la ejecución de los ingresos y del desarrollo del plan de contratación; también se realiza el informe periódico de seguimiento a la ejecución del proyecto de inversión a la Subsecretaría de Planeación Sectorial. Dentro de sus instrumentos de trabajo, se registran las ejecuciones de gasto a través del desarrollo de procesos contractuales, contrastados con la programación previamente efectuada. Lo cual permite el monitoreo permanente y periódico para efectos de implementar correctivos oportunamente durante el transcurso de la anualidad. Para mayor ilustración, en Anexo No. 7 se presenta uno de los reportes generados en el proceso.

Durante la vigencia auditada, no se asignaron recursos al proceso de provisión de servicios de salud con cargo a rentas cedidas al Distrito, por tanto, el riesgo deja de existir. Debe evaluar la Dirección de PSS la utilidad de mantener el riesgo en el mapa habida cuenta que su causa raíz ya no existe.

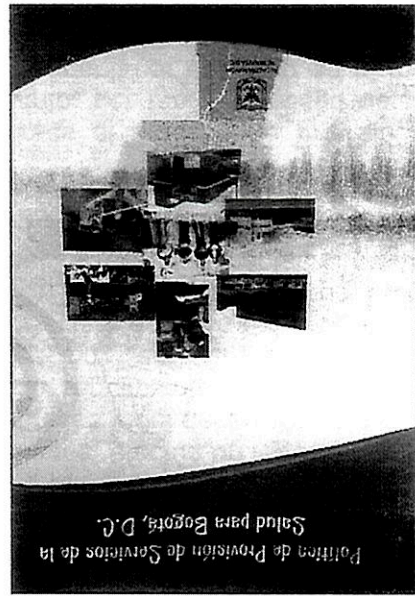
 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

Pasando a otros riesgos, aunque no del énfasis definido en el alcance de la auditoría, se tiene dentro del mapa la "No disposición oportuna de la información de prestación de servicios de salud en el Distrito y Que los lineamientos de política y demás orientaciones para la organización y gestión de los servicios de salud desconozcan las necesidades mas relevantes y expectativas de los clientes."

Frente al primero de ellos, el proceso auditado presenta una metodología sistemática de recolección de información de oferta de servicios de salud, que en términos generales cuenta con un repositorio de información de prestadores de servicios soportado en el Reps, con aplicación de georreferenciación y cubo de inteligencia de negocios que acepta información de RIPS de prestadores de todo el D.C., ello permite consolidar y analizar servicios, niveles de complejidad, modalidades de prestación, capacidad instalada al menos en el recurso cama hospitalaria, de manera particular, frente a la oferta pública se cuenta con mayor nivel de detalle, en términos, por ejemplo, de capacidad instalada, consultorios, horas de talento humano, agenda de servicios, etc; la cual ha permitido durante largo tiempo la definición estratégica de los servicios de salud, especialmente en lo referido a las empresas sociales del estado, que permitió la estructuración de las subredes integradas de servicios de salud y concreción en el año en estudio mediante la fusión de entidades y en general, la reorganización del sector salud en el Distrito ordenada mediante Acuerdo 641-2016.

Asimismo, atendiendo a la consulta de las necesidades de la población, expresados en el riesgo tercero, en documento presentado en la Figura 1, se expidió la Política Distal de Provisión de Servicios de Salud, la cual, en sus capítulos cuarto y quinto incorpora el marco conceptual y marco situacional, respectivamente, los cuales soportan la política frente a la situación de salud de la población.

Figura 1



Fuente: DPSS



1	1. MARCO CONCEPTUAL Y MARCO SITUACIONAL	117
2	2. OBJETIVO DE LA POLÍTICA	118
3	3. ALCANCE DE LA POLÍTICA	119
4	4. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA	120
5	5. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	121
6	6. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	122
7	7. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	123
8	8. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	124
9	9. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	125
10	10. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	126
11	11. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	127
12	12. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	128
13	13. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	129
14	14. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	130
15	15. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	131
16	16. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	132
17	17. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	133
18	18. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	134
19	19. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	135
20	20. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	136
21	21. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	137
22	22. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	138
23	23. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	139
24	24. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	140
25	25. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	141
26	26. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	142
27	27. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	143
28	28. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	144
29	29. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	145
30	30. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	146
31	31. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	147
32	32. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	148
33	33. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	149
34	34. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	150
35	35. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	151
36	36. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	152
37	37. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	153
38	38. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	154
39	39. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	155
40	40. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	156
41	41. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	157
42	42. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	158
43	43. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	159
44	44. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	160
45	45. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	161
46	46. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	162
47	47. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	163
48	48. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	164
49	49. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	165
50	50. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	166
51	51. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	167
52	52. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	168
53	53. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	169
54	54. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	170
55	55. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	171
56	56. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	172
57	57. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	173
58	58. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	174
59	59. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	175
60	60. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	176
61	61. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	177
62	62. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	178
63	63. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	179
64	64. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	180
65	65. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	181
66	66. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	182
67	67. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	183
68	68. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	184
69	69. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA	185
70	70. POLÍTICAS DE LA POLÍTICA	186

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1438/2011 en su artículo 63, se verificó que para la construcción del modelo de atención y prestación de servicios para el Distrito, se elaboraron estudios tendientes al conocimiento de las necesidades y preferencias de la población y el territorio, para definir la oferta de servicios ajustados a la demanda real y potencial de la población a atender, considerando la accesibilidad geográfica; de hecho, en esta construcción se amplió el concepto de demanda, no sólo efectiva, sino que se incorporó la frecuencia de uso, necesidad sentida, acceso a los servicios y oferta real. Ver Anexo No. 2.

En este contexto, también se evidenció el cumplimiento de lo establecido en el artículo 43.2.3 de la Ley 715/2001, respecto de la competencia para el Distrito de adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política nacional de prestación de servicios de salud formulada por la Nación. Asimismo de la metodología para su seguimiento, cuya evaluación se realizó con corte a 2015, incorporando las acciones requeridas en los diferentes proyectos de inversión. En dicho documento, así como en la estructuración del actual modelo de atención y prestación de servicios de salud, se evidencia la estructuración de redes generales, prioritarias y esenciales; no obstante, comquiera que la política distrital ya cuenta con cerca de seis años de su expedición, aunque evidencia la vigencia frente a las políticas nacionales, debe ser contrastada, adaptada y evaluada frente a la actual política PAIS y la definición de las RIAS; acciones relacionadas con este propósito se nos informa han sido incorporadas en la planeación 2017.

Con una mirada transversal, se evidenció que la política de provisión de servicios y el modelo de atención y de prestación de servicios incorpora elementos del enfoque poblacional; y, privilegia el tratamiento del riesgo individual; mas no así, ni a nivel de diagnóstico, ni en las intervenciones se reconocen acciones familiares, pues las de índole comunitario se desarrollan como parte del plan de salud pública de intervenciones colectivas; en gran medida, se tienen limitaciones en la información de diagnóstico familiar. Se informa que el Ministerio de Salud se encuentra trabajando para generar desarrollos en acciones familiares, lo cual se informa, hace parte de la planeación 2017. Asimismo, se verificó que en lo que respecta a la red pública, ya se han establecido énfasis, portafolios y vinculado médicos familiares en las Subredes, como también se han incorporado en los lineamientos establecidos en el documento de Reorganización de la Red Pública de Prestación de Servicios; y, en el documento preliminar sobre el Modelo de atención integral en salud. Ver Anexo No. 3.

De igual manera, también se verificó el cumplimiento de los lineamientos del modelo de atención primaria implementado, especialmente en la incorporación de atributos como la interculturalidad, que de cuenta entre otros elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud y los riesgos en poblaciones étnicas, conforme a lo establecido en el artículo 13.7 de la Ley 1438/2011, encontrando que la política distrital y su desarrollo vincula varias dependencias de la SDS, especialmente a la Subsecretaría de Salud Pública, Aseguramiento y Participación Social. En términos generales, aboca de manera particular y focalizante a los grupos de desplazados cuando llegan a la capital, Ver Anexo No. 4, también se consideran en el análisis y la captación; el modelo hasta lo desarrollado a la fecha, reconoce las diferencias étnicas y culturales para captar algunas poblaciones pero el beneficio – prestación de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---



servicios - es igual para todos; es decir, no establece diferencias en la atención, no reconoce el modelo diferencias frente a las estrategias, prácticas y dinámicas especiales en la atención que reconozca la interculturalidad y prácticas tradicionales.

De otra parte, se preocupó la auditoría en curso, por la verificación de las competencias relacionadas en la conformación de redes integradas, con la atención en salud mental y a la discapacidad, comoquiera que de ellas se ocupan de manera particular las Leyes 1438/2011 (arts. 65, 66) y 1753/2015 (art. 83). No se observa en la estimación de riesgos mención alguna específica con ellas relacionada, pero sí se encontró gestión en ambas temáticas. En lo que tiene que ver con la atención en salud mental, se nos informó que se está trabajando en equipo con el Ministerio de Salud para definir la como una de las rutas prioritizadas en las RIAS; de momento, ya en Bogotá fue incluida en el capítulo de prestación de servicios de salud de la Política de PSS, asimismo en los lineamientos para la prestación de los servicios, los cuales incorporan estrategias para su desarrollo. De igual manera, también se tienen estrategias en los lineamientos de rehabilitación, y se aporta a la integralidad e intersectorialidad en el desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.

De interés también de la auditoría, la verificación en la gestión de la entidad, de los riesgos en la provisión de servicios de salud cuando por las condiciones del mercado en su área de influencia, las ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia y con ello la posibilidad de que la entidad territorial transfiera recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, conforme lo establece la Ley 1122/2007; especialmente, la distribución de población y condiciones de operación de los servicios de salud pueden tener zonas que requieran del apalancamiento financiero por fuera del mercado y que puedan resultar estratégicos para el Distrito; no obstante, se nos informó que con la implementación de la nueva organización estructural de la SDS ordenada mediante Decreto Distrital 507/2013, dicha competencia se encuentra en la Subsecretaría de Planeación Sectorial – Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales, resultando oportuno incluir esta verificación en las auditorías a ellas realizadas.

Finalmente, este proceso auditor evalúa la estrategia de constitución de alianzas público privadas para determinar si la entidad territorial estableció que son una modalidad eficiente o necesaria para la ejecución de obras de infraestructura y provisión de servicios de salud y, si cuentan estos instrumentos con una eficiente asignación de riesgos, de conformidad con los requerimientos de la ley 1508/2011, encontrando que la dependencia responsable del proceso auditado no ha participado de la estrategia de la estrategia de AFP en la entidad, toda vez que para este fin se conformó un equipo dependiente del Despacho del Sr. Secretario Distrital de Salud. De igual manera se nos informó que la Dirección de PSS participa en la definición de la oferta requerida, más no en la definición de la mejor forma de acceder a ella, por lo cual, se estima conveniente analizar los riesgos y lineamientos con ellos relacionados, en la Dirección de Infraestructura y Tecnología.

Frente al conocimiento de los riesgos asociados al proceso, al menos en el área que se ocupa de la dirección central del mismo, se evidenció el desarrollo de un proceso continuo de inducción a todo el que ingresa a prestar sus servicios a la misma, en lo relacionado

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---



con las estrategias, procesos, procedimientos, riesgos, sistemas internos de gestión; asimismo, periódicamente se revisa con los servidores la evaluación y valoración de los riesgos. En *Anexo No. 5* se puede validar varios de los contenidos referidos. De manera general, se observó gestión para el desarrollo de cada una de las competencias descritas en cumplimiento de la normatividad específica tratada; no obstante, la aplicación de la metodología utilizada institucionalmente para el caso del proceso de provisión de servicios de salud, no logró dar cuenta en la asignación de riesgos en cada una de ellas, siendo estratégica su consideración al corresponder a temas de expreso tratamiento en la legislación señalada; así como también se debe buscar en la evaluación de la política misma de PSS, la evidencia de su cumplimiento en el acceso efectivo a los servicios de salud en las localidades del Distrito.

Se observa que la Red participa con dos (2) riesgos y cinco (5) actividades de control, de los cuales uno (1) es extremo, relacionado con la "No Confidencialidad en resultados e información y otro de evaluación alta, relacionado con la *Disminución de la tasa de donación voluntaria*".

La visita fue atendida por el Profesional, quien fungió como Coordinador Red de Sangre y Terapia Celular desde el 05 de diciembre de 2016 y manifiesta que su antecesora estuvo al frente de la Red hasta el mes de julio del mismo año, quedando un espacio de cuatro (4) meses sin coordinador, aunque los procesos de la operación continuaron su curso. Se encontró que la Red brinda asesoría a los bancos de sangre del Distrito, que enfatiza en tres procesos: captación, promoción de la donación, hemovigilancia y gestión de la calidad.

En 2017 se adicionaron tres (3) actividades en el POA: los sistemas de información, el curso virtual de medicina transfusional y, Terapia Celular. Al interior del Área, se tiene asignadas competencias en los siguientes frentes de actividad: Sistemas de información, promoción, calidad, hemovigilancia, terapia celular, curso virtual (dirigido a profesionales de la salud relacionados con el manejo de sangre)

Riesgo de No confidencialidad de la información en hemovigilancia: Busca preservar la reserva en cuanto a eventos adversos en la transfusión. Si la prueba sale positiva, se inicia el proceso de canalización que consiste en ubicar al donante para informarle sobre los resultados de la prueba, brindarle asesoría post test sobre los riesgos de la enfermedad y las razones por las cuales no debe volver a donar sangre. Finalmente el donante se canaliza hacia su EPS para que inicie su estudio y tratamiento si es que lo requiere. Los donantes que no pudieron ser ubicados se registran en una base de datos para enviarlos al área de Vigilancia en Salud Pública para que lleven a cabo el proceso de canalización. El Banco de Sangre debe informar de manera obligatoria al donante y remitir

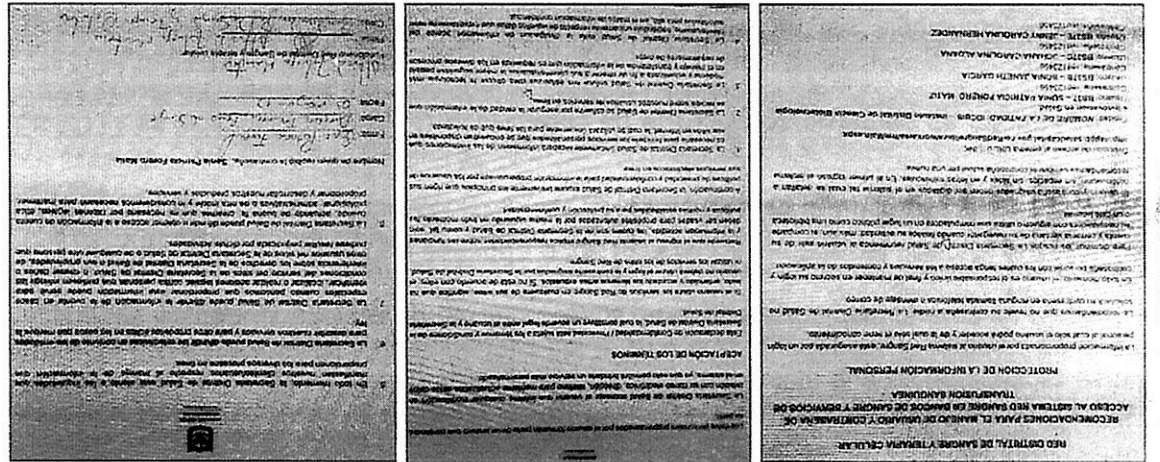
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. REGISTRADO DE VALOR</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

la información a salud pública en la SDS para efectos de seguimiento. Se pretende evitar la transmisión de enfermedades a través de la sangre.

Si por el contrario, el donante resulta apto, se recibe la sangre. Las medidas tendientes a garantizar la confidencialidad de la información parten desde el diligenciamiento mismo de la encuesta para acceder a la donación de la sangre, la cual se realiza en sitio privado. De igual manera, se adelantan acciones de capacitación permanentes, para mejorar la confiabilidad de la sangre. El sistema de información maneja el número de cédula como descriptor, más no el nombre.

La SDS creó su propio sistema de información, con atributos de usuario y clave de acceso específico para cada centro satélite, y en el interior de estos últimos, claves individualizadas para cinco usuarios en promedio: el directivo del banco de sangre y cuatro (4) usuarios más que él define. Actualmente se está elaborando un procedimiento para asignación de claves.

Figura 2



Fuente: Red de Sangre y Terapia Celular

El sistema tiene un módulo de auditoría que permite saber qué persona ingresó y qué contenidos consultó; de igual manera, tiene un mecanismo de validación con un máximo de cinco intentos de acceso, que si no se cumple o son fallidos, bloquea el ingreso. Los cambios en la información registrada, sólo los puede hacer el usuario de estadísticas, con su usuario y clave de acceso.

Frente a la posibilidad de filtración de información, la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación de la SDS hace un back up diario para respaldar su seguridad. Adicionalmente, la Unidad de Banco de Sangre realiza un monitoreo de la información de cada banco el día 10 de cada mes para determinar la existencia de inconsistencias, las cuales al ser detectadas, se procede con el generador de las mismas.



Precisamente, frente al tema de generación de cultura de la donación, que impacta la suficiencia, en Colombia aún existe una gran proporción de donantes de sangre de reposición; invertir esta tendencia constituye el reto más importante en materia de seguridad y suficiencia que se plantean hoy los bancos de sangre, por supuesto, no se debe desestimar a los donantes de reposición sino previa una adecuada evaluación y orientación lograr que su acto de solidaridad sea realizado con responsabilidad, sinceridad, altruismo y habitualidad. Se pudo evidenciar que la Red en Bogotá ha logrado modificar esa tendencia hacia lo deseable, desarrollo y enfatiza en diversas estrategias para lograrlo, actividades promocionales, capacitación, etc.

En todo caso, no se evidencian acciones agregadas a nivel de Distrito que permitan mantener un stock mínimo y/o permitan estar preparados para resolver diferentes situaciones de mayor necesidad o eventuales situaciones de emergencia; se encontró que la Dirección Territorial de Salud podría disponer de la sangre o de sus derivados que se encuentren almacenados y disponibles en los Bancos de Sangre que conforman la Red Distrital. Si bien es cierto, la ciudad tiene conformado un Comité Inter-institucional Operativo de Emergencias, se observa una gran posibilidad de participación de los Bancos de Sangre para conocer y participar en el plan de emergencia nacional diseñado por el Ministerio de Salud y por la entidad territorial. Específicamente, en los simulacros de emergencia se debe incluir el manejo de sangre para atención del desastre o emergencia y establecer protocolos del manejo de la sangre y componentes en estos casos, socializados y aprobados por los entes competentes y los actores involucrados en

Frente al riesgo de suficiencia, el sistema arroja información sobre la ubicación de los bancos de sangre y la cantidad de componentes sanguíneos que tiene cada uno, dato este último que se maneja con criterio de stock mínimo. Se busca que los centros que hagan transfusión de sangre no tengan desabastecimiento para atender los requerimientos de los pacientes cuando sea necesario transfundirlos para restablecer su estado de salud, aunque para ello se permita acceder a sangre de otros bancos; es decir, es permisible que el banco en algún momento no cuente con el componente, pero no así el servicio de transfusión que debe atender los requerimientos de componentes sanguíneos del paciente.

Se observa que se tiene definido con evaluación extrema el riesgo de confiabilidad de la información, mas no así el de seguridad de la sangre ni de oportunidad y suficiencia, teniendo estos últimos atributos un gran impacto colectivo. Este último riesgo es extremo por cuanto no se puede filtrar en red u otro medio que la sangre no sea segura.

Riesgo de uso inadecuado de la donación: en algunos casos, el donante usa la donación como medio de diagnóstico; es decir, aprovechar que previo a la donación se realiza un tamizaje para determinar si es apto. Posterior a 2012, es obligatorio para los bancos de sangre realizar la prueba confirmatoria.

 <p>ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
---	---	--

El resultado más claro y visible dentro del ejercicio de autoridad sanitaria que ejerce la SDS es el logrado por el control de calidad externo en inmunoserología e inmunohematología.

Inmunoserología: aplica para 16 bancos de sangre, se llega hasta un resultado y entrega de sugerencias; en dicho informe se reportan las no conformidades en sus fases pre analítica, analítica y pos analítica.

Inmunohematología: aplica para 81 servicios de transfusión sanguínea. Se realizó hasta 2014 pues en 2016 se declaró desierto el proceso de adquisición del producto. En la presente anualidad se está en la elaboración de estudios de precios para desarrollar el procedimiento contractual.



El Laboratorio de Salud Pública de la SDS realiza al azar un segundo nivel de validación de las pruebas que inicialmente dieron resultados negativos, para descartar la posibilidad de ocurrencia de falsos negativos, los cuales de no detectarse, revestirían un gran riesgo de contagio.

De otra parte, los servicios de transfusión deben cumplir los requisitos del sistema obligatorio de garantía de la calidad; mientras que, los bancos de sangre son sujetos de inspección, vigilancia y control por parte del INVIMA, no obstante, se verificó que la SDS realiza asistencia técnica y asesora pero establece planes de mejoramiento a los cuales se les realiza seguimiento y reporta los hallazgos que representan riesgos al INVIMA.

Para contribuir con la garantía de la seguridad en los puntos de colecta de sangre extramural, la Red desarrolla un proceso de auditoría, para lo cual ha dispuesto un instrumento que evalúa aspectos relacionados con: la promoción de la jornada y coordinación intersectorial, recurso humano, instalaciones físicas, dotación, registros, gestión de insumos, procesos técnicos, bioseguridad, residuos hospitalarios y levantamiento punto móvil de colecta. Ver Anexo No. 6.

En este orden de ideas, entendiendo que "el Riesgo cero no existe, es decir no es posible garantizar la eliminación total del riesgo derivado de la transfusión sanguínea. Las actividades de inspección, vigilancia y control buscan reducir el riesgo a niveles permisibles, es decir llevar a un Riesgo Asumible, esto es aquel óptimo en condiciones mejorables y compatibles con la seguridad del receptor", para fortalecer y disminuir los riesgos relacionados con la seguridad en la donación de sangre que impacte su uso, el Distrito adelanta además de las pruebas específicas, los procesos de control de calidad externo, que si bien conducen, podría evaluar la posibilidad de desarrollar otras estrategias o adelantar estudios de prevalencia de sero-reactividad en donantes voluntarios y de reposición, para orientar las acciones preventivas frente a enfermedades infecciosas que actualmente desarrolla o estime conveniente a futuro llevar a cabo, por ejemplo frente al propósito de disminución de HIV en la donación, de conformidad con el plan decenal de salud.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Patencia Aprobado por: Emiro José García Patencia</p>	
--	---	--	---

7.3. HEMOCENTRO DISTRITAL.

Para la vigencia objeto de la auditoría, el Hemocentro funcionaba como parte integrante del proceso de provisión de servicios de salud; no obstante, en consonancia con la reorganización del sector en el Distrito ordenada por el Concejo mediante Acuerdo 641-2016, se creó el Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud - IDCBS, quien asume las competencias hasta entonces desarrolladas por el Hemocentro Distrital; este último funcionó como tal, hasta el 28 de febrero de 2017.

Si bien es cierto, el Hemocentro Distrital se transformó y ya no depende del proceso en estudio, se procedió a avanzar con la lista de verificación habida cuenta de la vigencia definida en el alcance; la información registrada sin duda alguna aportará en la consolidación del nuevo instituto.

Verificado el mapa de riesgos, se tiene que el Hemocentro incorporó cinco (5) riesgos y 17 actividades de control, de los cuales, tres (3) riesgos y cinco (5) controles se calificaron con evaluación extrema, objeto del proceso auditor: *Pérdida de información, Fallas en los equipos biomédicos e Inadecuada asesoría y orientación a usuarios.*

Respecto del manejo de la información, se consideró que ésta constituye uno de los aspectos más importantes a considerar, en razón del volumen de datos organizados que debe procesarse con relación a los donantes y componentes sanguíneos objeto del trabajo en el Hemocentro, asimismo, por la seguridad y confiabilidad requerida. Para este fin, funciona con un sistema Delphyn, que tiene como administrador a la Profesional Gestor de Aseguramiento de la Calidad del Hemocentro y al área de sistemas de información de la SDS. Se encontró que los dos controles relacionados con las actualizaciones necesarias, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de cómputo y demás dispositivos y el software y, la estandarización de fuentes de información para el manejo de estadísticas e informes y regularización del acceso, son efectivos frente a la posibilidad de materialización del riesgo.

Es importante comentar, que el dominio de las fuentes del sistema Delphyn de información lo tiene la entidad, lo cual aporta de manera significativa en la posibilidad de mejorar su administración.

Adicionalmente, se tiene implementado un "plan espejo" para el respaldo de la información, se realiza un doble procedimiento de copias de seguridad o back up, uno por parte del Ingeniero de Sistemas del Hemocentro, de lunes a viernes, al cierre de mes se dejan los últimos cuatro (4) discos; y, otro por parte del área de sistemas de información de la SDS. En suma, las medidas adoptadas han sido efectivas sin evidenciarse materialización del riesgo.

De otra parte, el sistema permite la delimitación de permisos para niveles de acceso diferenciales por cada usuario y administradores.

Respecto del riesgo de *Fallas en los equipos biomédicos de alto impacto*, se definió como actividad de control importante lo relacionado con la gestión de los recursos necesarios para realizar la calibración, certificación y mantenimiento requerido; se encontró que el

Asimismo, se observó que para el cumplimiento de la gestión de la Red, se desarrollan las actividades de Modulación, Coordinación, Sistemas de Información, Auditoría y, Gestión Social. Cubre la gestión de Bogotá y 12 departamentos. Desarrolla el procedimiento de donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, auditoría a las IPS trasplantadoras, sistema de información de modulación las 24 horas. Hoy la Regional funciona con 12 IPS trasplantadoras de órganos y 35 de tejidos.

Se encontró en este caso que la Red participa con cuatro (4) riesgos y siete (7) actividades de control, evaluados todos como extremos; están referidos al *almacenamiento de información y No contar con los recursos suficientes*.

7.4. RED DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TRASPLANTES.


En similar sentido, no se encuentra en la valoración de los riesgos, evaluación relacionada con la suficiencia de los productos sanguíneos frente a la demanda real y potencial, pudiendo representar estos, un gran impacto ante algún eventual desabastecimiento.

De otra parte, encuentra la auditoría que en aplicación de la metodología institucional, se calificó con evaluación extrema la inadecuada asesoría, mas no así los riesgos relacionados con la calidad y seguridad de los productos sanguíneos, tejidos y/o células, los cuales estuvieron en menor grado con evaluación alta, en razón de la menor probabilidad de ocurrencia. Dicha situación merece especial análisis toda vez que aunque su probabilidad sea menor, su eventual ocurrencia tendría un impacto considerable y delicadas consecuencias tanto para el usuario de los productos como para el proceso mismo.

Respecto del riesgo de inadecuada asesoría técnica e información a usuarios, estudiantes, pasantes y personal en entrenamiento, se definió como control la evaluación de capacitación a los pasantes, mas no se tienen definidas actividades con usuarios.

Se pudo evidenciar que el Hemocentro tiene definido un "plan espejo" frente al riesgo de fallas en sus equipos, por una parte los equipos recibidos en comodato tienen mecanismos de reemplazo por el comodante, mientras que los equipos propios (nevera, congeladora, termohigrométrica, etc), se manejan con criterios de permitir contingencias; por ejemplo, se tienen seis (6) cuartos frios, tres (3) de refrigeración y tres (3) de congelación, los cuales son alternados para permitir su respaldo.

Hemocentro para la vigencia en estudio realizó la planeación de los recursos requeridos para adelantar mediante contratación de las acciones descritas a través de personas jurídicas especializadas; sin embargo, se evidenció que en 2015 no fue posible llevar a feliz término los procesos contractuales en mención y en 2016 no se dispusieron los recursos requeridos, por lo que se decidió implementar un plan alternativo con personal del Hemocentro. La estrategia resultó conducente, por lo cual se fortaleció el equipo interno de mantenimiento de equipos biomédicos propios con tres personas; los adquiridos mediante comodato, son realizados por las firmas con quienes se tiene suscrito los citados contratos.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

La Red cuenta con 12 IPS trasplantadoras para riñón, 4 para corazón, 3 para hígado, 2 para pulmón. En Banco de tejidos se cuenta con 2 para córnea, 1 para piel, 1 para hueso. A manera de ejemplo, hay 25.000 pacientes en diálisis, de los cuales 2.000 aparecen activos como receptores para riñón. Cada IPS tiene su lista de espera. La Red consolida la lista de la Regional y el INS consolida el nivel nacional.

Se verificó que el trasplante de órganos hoy, incluye corazón, pulmón, hígado y riñón; y, de tejidos como células hematopoyéticas, córnea, piel, membrana amniótica, entre otras.



El primer riesgo con evaluación extrema formulado, corresponde al *Desconocimiento de guías y procedimientos institucionales para la modulación y gestión operativa*, se verificó que la Regional funciona con un grupo de profesionales de dedicación exclusiva durante las 24 horas del día, desarrollando la modulación de las donaciones y asignación con fines de trasplante; se desarrollan actividades periódicas de capacitación y evaluación de los mismos, en la interiorización de los criterios técnicos científicos definidos para tal fin, de obligatorio y exegético cumplimiento, mediante actas se logró validar tal actividad. Ver Anexo No. 7.

Frente al riesgo de *"Falta de capacitación del recurso humano en IPS"*, se observó que mediante Circular 038 se sistematizó el proceso; se dispone del aplicativo Red Data; se ingresaron todas las hojas de vida de los profesionales de las IPS que trabajan en las actividades de la Red con sus respectivos soportes. Se revisa la idoneidad del recurso humano directamente en los CDs con los que se ingresa la información al aplicativo, posteriormente se cruza dicha información con la contenida en el RFPs. Posteriormente, en las visitas de auditoría el equipo de la Red verifica el cumplimiento del requisito de capacitación, la inscripción y certificado de habilitación. En Anexo No. 8 se observa los contenidos auditados por la Red en las IPS trasplantadoras.

Se observó la existencia de procedimiento en solución con instrumentos específicos para el servicio de trasplantes.

Si como resultado de la verificación en visita de auditoría a IPS, se encuentra un no cumplimiento del requisito de capacitación, el profesional no queda inscrito; es decir, se observó que desde el inicio se controla la idoneidad del profesional para ser validado e ingresado al sistema en la Red. Asimismo, se encuentra en revisión el procedimiento de notificación al área de vigilancia y control ante el hallazgo de no cumplimiento de la idoneidad.

Respecto del riesgo de deficiencias en la unificación del almacenamiento y procesamiento de información, se encontró que las IPS trasplantadoras registran continuamente la información de lista de espera directamente en el sistema de Información RedDataINS (INS). La actividad trasplantadora, que es el informe mensual de rescates y trasplantes realizados por cada IPS Trasplantadora es reportada durante los primeros cinco (5) hábiles días del mes, con una persona de dedicación exclusiva; la Regional realiza la recepción, validación y consolidación de esta actividad y la remite al INS durante los primeros diez (10) días hábiles de cada mes.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

Se pudo establecer que la SDS administra otra lista de espera para la asignación de órganos y tejidos para trasplantes, diferente a la del INS, se maneja mediante una función macro en Excel previamente parametrizada.

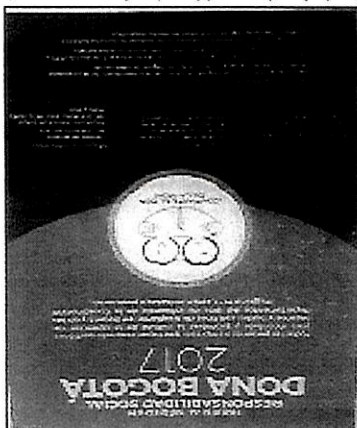
Cuando alguna IPS de la Red realiza algún cambio o cambia el estado, si bien no depende de la SDS, el efecto lo recibe la Regional, pues al producirse, puede cambiar la asignación.

Se pudo evidenciar que para reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo, la Ingeniería de Sistemas al servicio de la Regional realiza tres validaciones diarias de la información registrada en el aplicativo; la dificultad potencial se presenta como consecuencia de la relativa inestabilidad en su modalidad contractual toda vez que está vinculada mediante contrato de prestación de servicios y al finalizar cada contrato se generan periodos no cubiertos; con lo cual, esta validación y cruces de información se vería afectada por el no ingreso actualizado de las personas en lista de espera.

Para impactar el mismo riesgo relacionado con la asignación de órganos, se verificó en la solución la existencia del lineamiento Código: SDS-PSS-LN-005 V.02 LINEAMIENTOS DE DISTRIBUCION Y ASIGNACION RINON EN LA COORDINACION REGIONAL N.1 RED DE DONACION Y TRASPLANTES que da cuenta de las actividades que se deben desarrollar para el fortalecimiento y cumplimiento de los objetivos de la Red.

Respecto del riesgo de "no contar con la asignación de recursos" para la contratación del talento humano para trabajar en las veinte localidades, fundamentalmente en la promoción de la donación, se pudo evidenciar material relacionado con la asesoría y asistencia técnica desarrollada; asimismo, se institucionalizó el Día Distrital de la Donación, reglamentado mediante Acuerdo del Concejo 140 de 2005 y la entrega de la Orden al Mérito en Responsabilidad Social Dona Bogotá, que para la presente vigencia se encuentra en desarrollo, mediante acuerdo 369 de 2009 modificado por el acuerdo 530 de 2014.

Figura 3



Fuente: Red de donación de órganos y trasplantes

Asimismo, se observó que para el ejercicio de la promoción y las jornadas relacionadas, se cuenta con 4 profesionales, para las cuatro Subredes. Para la entrega de Orden al Mérito Responsabilidad Social DONA BOGOTÁ se realiza la convocatoria conjunta con el Concejo de Bogotá; las IPS se postulan por categorías; el jurado tiene participación de personas del Concejo, del INS y de la SDS. Si bien es cierto, la convocatoria es abierta a todas las IPS de la Regional, el jurado evalúa los documentos soportes por ellas presentados y lo confronta con las evidencias de auditorías realizadas por la Regional excepto para las IPS de otros departamentos en donde no se realiza el mismo plan de auditorías. Lo anterior pone en evidencia, que el nivel de intervención y de acciones de coordinación de la Regional aun no tiene la misma cobertura para las IPS de fuera de Bogotá; asimismo, los niveles de desarrollo y de operación de IPS trasplantadoras se reduce al estar fuera de la capital.



En todo caso, con la promulgación de la Ley 1805 de 2016 se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento; lo cual significa que el riesgo ya debe ser reenfocado, no para promover la manifestación de donación sino el no desistimiento.

De otra parte y muy de la mano con la anterior, dentro de las actividades de control formuladas para impactar el riesgo de asignación de recursos, se planteó también el seguimiento al cumplimiento del Acuerdo 140 de 2005, para promover cambios culturales para la donación de órganos y tejidos, se verificó que la Regional realiza diversas actividades, mercados, la validación de información y el seguimiento permanente a la tasa de donación que es la expresión cuantitativa y resultado de las acciones de promoción adelantadas. Como resultado se genera un reporte periódico de la tasa, Ver Anexo No. 9.

Como pudo observarse, se encontró que para el último riesgo evaluado relacionado con insuficiencia en asignación de recursos, las actividades de control no impactan las causas ni efectos de la materialización del riesgo suficientemente.

De igual manera, al revisar el objeto de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, no obstante que se desarrollan actividades para mitigarlos, se observa que debía tener una valoración más importante o determinante los *Riesgos en la asignación de los componentes anatómicos y en la seguridad de los procedimientos*, sin embargo, no están así incluidos en el mapa de riesgos del proceso; se informa que el primero en este aparte descrito, se contempló en el plan anticorrupción.

Asimismo, encuentra la Auditoría la existencia de un *Riesgo operacional relacionado con la posibilidad de menor acción de la Coordinación Regional No. 1 en las IPS de otros departamentos del área de influencia*, como quiera que está circunscrito al Distrito Capital, el alcance de su intervención es mucho menor por fuera de él, requiriéndose el desarrollo de estrategias para lograr la vinculación de los departamentos del área de influencia e igualmente el alcance de sus acciones, propendiendo que ser de fuera de Bogotá en la Regional, no se traduzca en menor oportunidad y/o posibilidad de obtención de donantes y así mismo oportunidad de obtención de componentes anatómicos para ser trasplantados.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

Con relación a la probabilidad de *Riesgo de daño en el aplicativo*, se observó que frente al aplicativo que administra la SDS, la reparación y mantenimiento está a cargo de la Dirección TIC, y ya fue objeto de análisis y tratamiento, con ocasión de la auditoría integral realizada a dicha dependencia, por parte de la Oficina de Control Interno en la vigencia anterior. La alternativa única de reparación es a través de la Ingeniería de Sistemas que dada su modalidad de vinculación mediante contrato de prestación de servicios tiene períodos ausente sin la posibilidad de mitigar el daño.

Estos dos últimos riesgos evidenciados, tampoco son tratados en el mapa de riesgos del proceso auditado.

8. ASPECTOS POSITIVOS.

Es importante destacar la buena disposición de los servidores para el desarrollo de las entrevistas y aceptación de la auditoría específica, por parte de cada una de las áreas temáticas o redes que conforman la Dirección.

Se evidencia vocación y entrega del personal que hace parte del proceso, para desarrollar sus actividades proporcionando calidad y compromiso por la actividad desarrollada, teniendo en cuenta que varias de ellas se relacionan directamente con usuarios de servicios de salud.

9. NO CONFORMIDADES.

De la evaluación realizada y el énfasis pretendido por el proceso auditor relacionado con la administración del riesgo, se observó que se dio cumplimiento a los lineamientos institucionales; no obstante, de los hallazgos observados, se establecieron oportunidades de mejora desarrolladas en numeral siguiente.

10. OPORTUNIDADES DE MEJORA.

10.1 Revisar y realizar los ajustes necesarios al mapa de riesgos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, considerando además las competencias generales que como entidad territorial se tienen frente a la provisión y prestación de servicios de salud, para evitar que su eventual incumplimiento genere un impacto negativo que afecte a la población del Distrito Capital, y que a su vez son del resorte directo del actuar del ente territorial, considerando entre otras:

Actualización del diagnóstico sectorial con información de oferta pública y privada.

Evaluación, contrastación y adaptación de la Política de Provisión de Servicios de Salud para Bogotá, D.C. y el modelo de atención y de prestación de servicios, frente a la actual política PAIS y la definición de las RIAS, acorde a normatividad y lineamientos vigentes del orden nacional, incorporando al menos estrategias,

prácticas y dinámicas especiales en la atención que reconozca la interculturalidad y prácticas tradicionales; identificación y tratamiento del riesgo individual, familiar y comunitario; riesgos relacionados con la accesibilidad geográfica en la operacionalización de las medidas de organización de la oferta de servicios de salud, especialmente al definir los portafolios y la especialización de los servicios en las diferentes unidades de atención.



10.2 Con relación a la Red de Bancos de Sangre, para fortalecer acciones y disminuir los riesgos relacionados con la seguridad en la donación de sangre y con ello en su uso o transfusión, podría el Distrito estudiar la posibilidad de adelantar además de las existentes, alternativas o estudios especialmente orientados a impactar los factores de riesgo que pueden afectar la calidad de la sangre (Tipo de donación proveniente de donantes no confiables. Temperatura y transporte inadecuado -cadena de frío- Deficiencia en la implementación del control de calidad. Equipos o elementos y superficies contaminados. Equipos mal diseñados, que no permitan la adecuada limpieza y desinfección. Presencia de contaminantes -plagas-, entre otros). y también contribuir a la orientación de estrategias y acciones frente a enfermedades infecciosas, especialmente, la disminución de HIV en la donación, de conformidad con el plan decenal de salud.

10.3 Con relación a la Red de Bancos de Sangre y Terapia Celular, se debe mejorar la articulación de los bancos de sangre con el Comité Inter-Institucional Operativo de Emergencias, su conocimiento y participación en el plan de emergencia nacional y el Distrito; así como en los simulacros de emergencia incluir el manejo de sangre para atención del desastre o emergencia y establecer protocolos del manejo de la sangre y componentes en estos casos, socializados y aprobados por los entes competentes y los actores involucrados en estos casos; todo ello de conformidad con el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos en Bancos de Sangre, Capítulo 9 y demás normas relacionadas.

10.4 Respetto del Hemocentro Distrital, si bien es cierto, se transformó en IDCBIS y hoy no pertenece al proceso auditado, su consolidación requiere de la adopción y adaptación de todos los sistemas de gestión de la calidad, entre los cuales, debe considerar la disposición oportuna de recursos para garantizar la operación y la disposición de los mecanismos y procedimientos necesarios para evitar la ocurrencia de fallas en sus equipos, entre otras.

10.5 Asimismo, sería de gran conveniencia para el Hemocentro evaluar su asignación de riesgos de tal manera que incorpore y de tratamiento especial a los relacionados con la seguridad, calidad, suficiencia y oportunidad en la disposición de los productos sanguíneos.

10.6 Prevenir y/o fortalecer en el evento en que alguna IPS de la Red de Trasplantes realiza algún cambio o cambio de estado, si bien no depende de la SDS, el efecto lo recibe la Regional, pues al producirse, puede cambiar la asignación; asimismo, debe evaluar la SDS la mejor alternativa para evitar que durante los periodos sin contrato de la Ingeniería de Sistemas el procedimiento de validación de información no se vea interrumpido sensiblemente.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	--

En el proceso auditado, en términos generales se encontró conocimiento, dominio y tratamiento de los riesgos y desarrollo de las actividades de control formuladas; sin embargo, consideramos oportuno reevaluar su definición, partiendo de la identificación misma de los riesgos centrales de su quehacer, de las competencias asignadas y si es necesario, a pesar de que su probabilidad de ocurrencia pueda ser menor, evaluar si se privilegia el impacto en razón de las consecuencias graves frente a su eventual materialización, que obstaculizarían de manera importante el cumplimiento de la misión y metas institucionales en este respecto.

La metodología definida por la entidad en el proceso de administración de riesgos privilegia los procedimientos para su identificación y valoración. Establece una evaluación resultante de la probabilidad de ocurrencia y el impacto.



La administración de los riesgos, debe considerar en primera instancia, la totalidad de las competencias asignadas, los factores críticos de éxito en la atención y las expectativas de la población.

El proceso de provisión de servicios de salud concentra en general las competencias asignadas a la entidad territorial en materia de organización de oferta de servicios de salud, las cuales revisten especial importancia, dado que la prestación de los servicios representa uno de los componentes más importantes en la definición de cualquier modelo de salud; debe considerar la totalidad de la población en el territorio y sus diferentes dinámicas, en condiciones regulares, así como en situaciones de emergencia.

11. CONCLUSIONES.

10.8 En la misma Red de Traspantes, la auditoría no encontró inclusión en el mapa a los relacionados con riesgos en la asignación de los componentes anatómicos y en la seguridad de los procedimientos, estimando pertinente realizar su evaluación, tratamiento y eventual incorporación, así como hacer seguimiento posttrasplante a los pacientes de acuerdo con los requisitos normativos.

10.7 También respecto a la Red de Traspantes, frente a la disparidad en el alcance de las intervenciones de la Regional respecto de las IPS de Bogotá en comparación con el menor nivel logrado en las de los otros departamentos, el Distrito podría generar alternativas para concertar, aportar recursos si es necesario por parte de todos los departamentos que la conforman, proponer mecanismos que optimicen los procesos de donación y trasplantes de esos departamentos y, con ello generar estrategias que beneficien los pacientes en lista de espera incluyendo los de toda el área de influencia de la coordinación regional, comprende el Distrito Capital y doce departamentos (Resolución 2640 de 2005); dichas propuestas podrían ponerse en consulta u ordenamiento por parte del Ministerio de Salud, logrando con ello impactar el riesgo operacional y la mejor salvaguarda en la aplicación de recursos distritales.

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Palencia Aprobado por: Emiro José García Palencia</p>	
--	---	--	---

En este orden de ideas, en la mayoría de las áreas o redes que hacen parte del proceso evaluado, los atributos de calidad, seguridad, oportunidad, suficiencia, entre otros, revisen especial interés, dado que tienen incidencia directa en el estado de salud de la población.

12. ANEXOS

- Anexo 1. Reporte ejecución y saldos de recursos del proceso
- Anexo 2. Documento general de políticas de accesibilidad y espacialidad
- Anexo 3. Reorganización de la Red Pública de Salud de Bogotá
- Anexo 4. Lineamientos para el acceso a servicios de salud para desplazados
- Anexo 5. Acta de inducción en sistema integrado de gestión
- Anexo 6. Acta de auditoría puntos móviles colecta de sangre
- Anexo 7. Acta de evaluación médicos moduladores
- Anexo 8. Formato de auditoría a la gestión operativa en IPS Trasplantadoras
- Anexo 9. Reporte periódico de actividad de activida trasplantadora

NOMBRE (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES),



GABRIEL CASTILLA CASTILLO

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,

EMIRO JOSÉ GARCÍA PALENCIA

Elaboró: GECastilla

C:\Users\Gecastilla\Documents\CONTROL INTERNO\Documents\Auditoria Provision De ServiciosPSS. Informe Final Auditoria De Riesgos 2017.Doc

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME DE AUDITORIA Código: SDS-ESC-FT-003 V.5</p>	<p>Elaborado por: Ingrid Ivonne Ochoa T. Revisado por: Emiro José García Aprobado por: Emiro José García Palencia</p> 
--	---	---

