
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORÍA
AUDITORIA DE GESTIÓN CON ENFASIS EN RIESGOS A LAS ACCIONES
RELACIONADAS CON DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS A CARGO DE LA SDS.



OFICINA DE CONTROL INTERNO

AUDITOR (ES):
LÍDER: MONICA MARCELA ULLOA MAZ
EQUIPO AUDITOR: MARISOL GARCIA VILLAMARIN

REVISADO POR:
OLGA LUCIA VARGAS COBOS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



BOGOTÁ, Julio 31 2024

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Contenido

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA (NIA 2210).....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).....	3
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).....	3
4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).	3
4.2 Externos.....	4
5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).....	5
6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).	7
6.2. Ambiente de Control.....	7
6.4 Gestión de los Riesgos	34
6.5 Actividades de Monitoreo.....	35
6.6 Información y Comunicación	37
7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).....	40
8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).	41
9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).....	41
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. (NIA 2410-A1).	42
11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).	44
12. ANEXOS.....	44

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA (NIA 2210).

Verificar los componentes de control (Ambiente de control, actividades de control, actividades de monitoreo y supervisión, información y comunicación, gestión del riesgo), en la gestión que se desarrolla para la donación de órganos y tejidos en la SDS, en el cumplimiento de su misionalidad y la normatividad aplicable.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA. (NIA 2210).

- Verificar los componentes de control en la gestión de la donación de órganos y la coordinación de la regional No.1 a cargo de la SDS.
- Verificar la eficacia y suficiencia de los controles establecidos de acuerdo con sus funciones y el cumplimiento de la gestión de la donación de órganos y de la coordinación de la regional No. 1.
- Verificar la gestión del riesgo, la eficacia y suficiencia de los controles establecidos en la donación de órganos y la coordinación de la regional No. 1.
- Identificar oportunidades de mejora o hallazgos relacionados con la donación de órganos y la coordinación de la regional No.1 en términos de oportunidad, celeridad, eficacia, eficiencia y efectividad.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (NIA 2220).

Desde la verificación de las actividades adelantadas para la gestión de la donación de órganos y tejidos a cargo de la SDS, pasando por la promoción, capacitación, gestión operativa, auditorias, sistemas de información y bases de datos, hasta el seguimiento de la gestión.



4. CRITERIOS DE AUDITORÍA. (NIA 2210- A3).

Para el desarrollo de la Auditoría se tendrá en cuenta el marco normativo aplicable al proceso, los principios de la función administrativa, el conjunto de procedimientos, políticas y controles orientados al cumplimiento de las funciones del proceso. De igual manera se realizará la evaluación a la gestión del riesgo relacionada con la donación.

4.1 Internos

Se tuvieron en cuenta los procedimientos, manuales, lineamientos, instructivos, formatos y sistemas de información del proceso y demás normatividad y documentos relacionados.



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

4.2 Externos

- Ley 9 de 1979 “(Titulo IX artículos 540 a 543) el Código Sanitario Nacional establece las primeras normas referentes a la donación para trasplantes como la obligación de reglamentar la donación o el traspaso y la recepción de órganos, tejidos o líquidos orgánicos utilizables con fines terapéuticos”.
- Ley 73 de 1998 “Establece la presunción legal de la donación “
- Ley 919 de 2004 “Por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico”.
- Ley estatutaria 1751 de 2015: “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1805 de 2016 “Por medio de la cual se modifican la ley 73 de 1988 y la ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones y cuyo objeto es ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos”.
- Decreto 2493 / 2004 “tiene por objeto regular la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos”.
- Resolución 03200 / 1998 “Por la cual se establecen los requisitos para la legalización de las donaciones hechas durante la vida de una persona, con destino a los bancos de componentes anatómicos”
- Resolución 2640 / 2005 “Por la cual se establece la estructura de la Red de Donación y Trasplantes”
- Resolución 2279 / 2008: “Establece que la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes estará a cargo del Instituto Nacional de Salud”
- Acuerdo 363 / 2009 “Por el cual se establece la coordinación entre la Secretaría de Salud y las ESE del Distrito Capital en cuanto a la donación y trasplante de órganos y tejidos”
- Acuerdo 419 / 2009 “Por el cual se establece la obligatoriedad de reportar las muertes en el momento de su ocurrencia con fines de trasplante de órganos y tejidos. La Secretaría Distrital de Salud en el marco de la normatividad vigente”.
- Acuerdo 369 de 2009 “Por el cual se crea la orden “Responsabilidad Social DONA BOGOTÁ” como incentivo, reconocimiento y exaltación de las personas naturales y/o jurídicas comprometidas en Bogotá con la donación de órganos y tejidos humanos”.
- Circular externa 0068/2012 “Obligatoriedad para la documentación, implementación y reporte de los criterios técnicos de asignación de componentes anatómicos”.
- Circular externa 038 /2016 “Procedimiento de inscripción de los actores de la red nacional de donación y trasplante ante las coordinaciones regionales”.
- Circular externa 0007/2017
- Componentes de control del MECI - MIPG: ambiente de control, actividades de control, gestión del riesgo, actividades de monitoreo e información y comunicación.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

5. METODOLOGÍA UTILIZADA. (NIA 2300).

Se realizaron visitas de campo y revisión de las evidencias de la gestión según la normatividad existente.

La auditoría basada en riesgos se realiza mediante las herramientas de visitas en campo, entrevistas y verificación documental de los controles identificados, según la matriz de riesgo de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Mesas técnicas de trabajo, verificación de la aplicación de los instrumentos de trabajo, ampliación y precisiones de aspectos derivados de documentación aportada por el proceso.

Visitas de campo: Aplicación de listas de chequeo para la verificación en campo sobre los aspectos relevantes de la operación.

Se aplicó la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) con la secuencia estipulada para la aplicación de esta:

Planear:

- ✓ Revisión normativa y documental del proceso.
- ✓ Consulta grupal de expertos y auditorías anteriores.
- ✓ 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 en campo, papeles de trabajo. Se elaboraron instrumentos como las listas de verificación y análisis previo de la información, avalados y concertados con la jefe de la Oficina de Control Interno.

Hacer:

- ✓ Visitas de campo.
- ✓ Recolección y verificación de la información.



Verificar:

Socialización a grupos de expertos de los hallazgos y su consideración.

- ✓ Entrega de Informe preliminar de auditoría.
- ✓ Reunión de Cierre
- ✓ Entrega de informe final

Solicitud de planes de mejora de las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

GLOSARIO DE TÉRMINOS

TERMINO	DEFINICIÓN
ALERTA EN MUERTE ENCEFALICA	Notificación a la CRN1-RDT de todo posible donante definido como un paciente con mal pronóstico vital, en el que se evidencia una lesión catastrófica o de mal pronóstico del sistema nervioso central, con puntaje menor o igual a 5 en la valoración de la Escala de Coma de Glasgow.
ALERTA EN PARADA CARDIO RESPIRATORIA	Pacientes en quienes ha ocurrido una parada cardiorrespiratoria, inmediatamente se ha producido la asistolia y hasta 1 hora postmortem según hora de declaración en historia clínica.
AUDITORIA COYUNTURAL	Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las coordinaciones regionales, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.
CRN1- RTD	Coordinación Regional Número 1- Red de donación y trasplantes.
DONANTE VIVO	persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que, cumpliendo los requisitos establecidos en la norma, efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura
ESTADO COMPASIVO	condición clínica del receptor que no cumple con los criterios de urgencia 0 pero su situación amerita una prelación en la asignación del órgano para el trasplante sobre los demás pacientes en estado electivo.
GESTIÓN OPERATIVA	Conjunto de actividades que realizan los Bancos de Tejidos y de Progenitores Hematopoyéticos y las IPS Públicas y Privadas, en articulación con las Coordinaciones regionales de la Red de Donación y Trasplantes. Comprende: promoción de la donación, búsqueda, identificación y detección de donantes potenciales en las IPS, el mantenimiento del donante, legalización de donación, la organización logística para la extracción, transporte y preservación de los componentes anatómicos, el reporte de la información a la Red de Donación y Trasplantes y demás actividades para fomentar la utilización de componentes anatómicos en forma equitativa y oportuna.
GOD	Gestión operativa de la donación
INS	Instituto Nacional de Salud.
IPS	Institución prestadora de servicios de salud
LEGALIZACIÓN DE DONACIÓN	Actividad para utilizar órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos (consentimiento informado o presunción legal de donación - Se presume que es donante cuando una persona no ejerce el derecho de oponerse a que se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos tras su fallecimiento.
LISTA DE PERSONAS EN ESPERA DE DONACIÓN (LED):	Es la relación de pacientes en espera de un órgano o tejido para trasplante que han sido valoradas y registradas por la IPS tratante del paciente y que son reportadas en el sistema de información de la Red de Donación y Trasplantes Red-DataINS@.
INS	Instituto Nacional de Salud.
MATCHING	Proceso realizado en la plataforma digital del INS (Red-DataINS@), el cual cruza información del donante y de pacientes que están en las listas de espera, como una herramienta para la asignación y distribución de los componentes anatómico, bajo criterios técnico-científicos

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

MCO	Médico Coordinador Operativo
OFERTA DE COMPONENTES	Actividad que se desarrolla con base en los criterios técnico-científicos posterior a la confirmación del donante elegible, mediante consulta a los grupos de trasplante, frente a su decisión de usar ese componente con fines de trasplante, en las personas que hacen parte de su Lista de Espera.
PACIENTE EXTRANJERO NO RESIDENTE	Es aquel que no cuenta con Cédula de Extranjería tipo R.
RECEPTORES	Es la persona en cuyo cuerpo se trasplantan o implantan componentes anatómicos.
REDDATA INS	Es el sistema en línea nacional de información en donación y trasplantes administrado por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes (INS), para el registro en tiempo real de los casos en proceso de donación y de la gestión de los receptores en lista de espera. Documento Preguntas Frecuentes del INS.
SIRC	Sistema de información de referencia y contrarreferencia B
URGENCIA CERO	Condición clínica del receptor que requiere el inmediato trasplante. La urgencia cero tendrá prioridad nacional.

6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS. (NIA 2320).

6.2. Ambiente de Control

Para la evaluación de este componente de control en la Coordinación Regional No.1 (CRN1) de trasplantes, se verificaron algunos elementos que aportan al aseguramiento de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno:

1. Código de integridad. mediante la evaluación de la adherencia de los colaboradores del grupo de la coordinación regional sobre los principios y valores del servidor público.



2. Políticas relacionadas con el ambiente de control: para esta auditoría se incluyó la política de conflicto de interés.

3. Estructura interna y funciones: De la dependencia auditada, facultades y responsabilidades, con el fin de asignar roles, autoridades, líneas de reporte en todos sus niveles, cumplimiento de marco normativo aplicable y funciones según decreto de estructura.

Se realizó la evaluación del nivel de adherencia los días 3 y 4 de julio de 2024 al código de integridad y a la Política de Conflicto de Interés, con una encuesta sobre los 2 temas aplicadas a 12 colaboradores de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud (Grupo de la coordinación regional No. 1).

La aplicación de esta encuesta permitirá determinar el grado de conocimiento de los colaboradores, su adherencia a los principios del servicio público y fortalecimiento del Ambiente de Control, verificando el conocimiento y adherencia al código de integridad y la

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

política de conflicto de interés de manera que sean herramientas de los colaboradores para el actuar de todos y cada uno de ellos en el cumplimiento de sus funciones o actividades contractuales.

Los valores y principios fueron adoptados mediante la Resolución 1954 de 2018 y la política de conflicto de interés formalizada mediante documento SDS – CDO-POL-001 de junio de 2024.

Se aplicó al 70% de los integrantes de la Coordinación Regional No.1, es decir, doce (12) colaboradores, entre planta y contrato.

El patrón o referencia de la calificación será:

CLASIFICACION	NIVEL- ACTUACIÓN
91 - 100	OPTIMO Mantener acciones
70 - 90	MEDIO Formular Plan de Mejoramiento
0 - 69	DEFICIENTE Formular Plan de Mejoramiento.

Fuente: Medición de Adherencia de los documentos del SGC en el marco de MIPG de la Dirección de planeación y Calidad



El grupo auditor aplicó las pruebas realizando citación a los colaboradores de la Dirección que realizan gestión en la Coordinación No.1. El siguiente es el resultado del análisis de las 11 pruebas realizadas, cabe anotar que en el registro de asistencia se encontraban 12 personas, pero dado que la encuesta es anónima no se pudo determinar la persona que no la diligenció.

-Preguntas 1 y 2 Informativas: diligenciaron el cuestionario de adherencia 7 personas de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y 4 de la Coordinación regional No1.

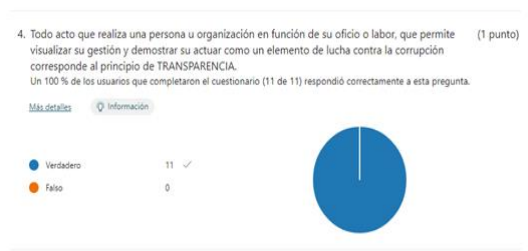
-Pregunta 3.



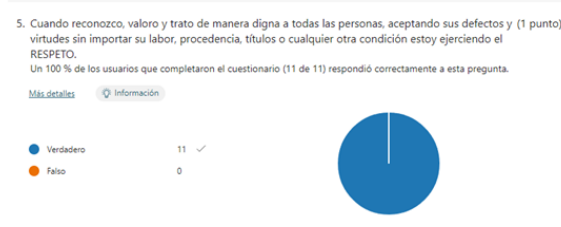
*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

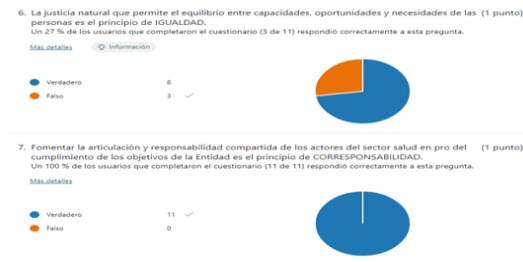
- Pregunta 4



-Pregunta 5



-Pregunta 6 Y 7

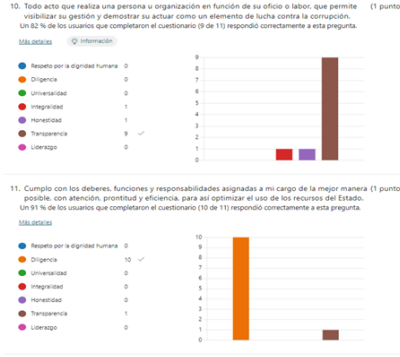


-Pregunta 8 Y 9

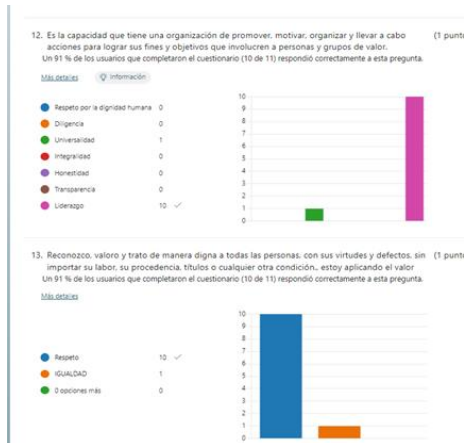


*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

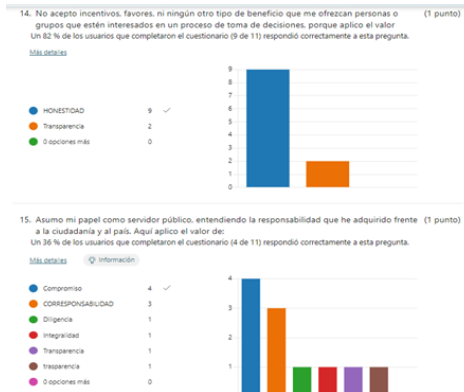
-Pregunta 10 Y 11





-Pregunta 12 Y 13



-Pregunta 14 Y 15



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

-Pregunta 16





Resultados del conocimiento del Código de integridad: Para este aparte de la evaluación se aplicaron 14 preguntas.

RESULTADO TOTAL CÓDIGO DE INTEGRIDAD			
PONDERACIÓN	RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS 3 A 16	Preguntas	PLAN DE MEJORA
90-100 % (Optimo)	7	3-4-5-7-11-12-13	No requiere plan de mejora
70-89 % (Medio)	4	9-10-14-16	Requiere plan de mejora
0-69 % (Deficiente)	4	6-8-9-15	Requiere plan de mejora

Según el estándar planteado por la Dirección de Planeación y Calidad, sobre la adherencia a documentos y que fue aplicada a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud - Coordinación Regional No1 de Trasplantes, el proceso deberá mejorar, ya que 14 preguntas relacionadas con el Código de Integridad, cuatro (4) preguntas tuvieron ponderaciones de 0 a 69 % nivel deficiente, cuatro (4) preguntas de 70 a 89 % nivel medio y con ponderación de 90 a 100 % nivel óptimo siete (7) preguntas, con un promedio general del total de 69%.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Con respecto al a evaluación de la política de conflicto de interés se aplicaron 6 preguntas con los siguientes resultados:

Resultados sobre el conocimiento de la política de conflicto de Interés: Para este aparte de la evaluación se aplicaron 6 preguntas.

-Pregunta 17 y 18





-Pregunta 19 y 20



-Pregunta 21 y 22



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

RESULTADO TOTAL POLITICA CONFLICTO DEI NTERÉS			
PONDERACIÓN	RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS 3 A 16	Preguntas	PLAN DE MEJORA
90-100 % (Optimo)	5	18-19-20-21-22	No requiere plan de mejora
70-89 % (Medio)	1	17	Requiere plan de mejora
0-69 % (Deficiente)	0	0	Requiere plan de mejora



Según el estándar planteado por la Dirección de Planeación y Calidad sobre la adherencia a documentos y aplicado a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud - Coordinación Regional No1 de Trasplantes, el proceso NO deberá aplicar acciones de mejora, ya que 6 preguntas relacionadas con la adherencia a la Política de Conflicto de Interés, ninguna pregunta obtuvo un nivel deficiente, una (1) pregunta de 70 a 89 % con nivel medio y 5 preguntas con una ponderación de 90 a 100%.

Funciones de la dependencia:

Revisadas las funciones de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y las relacionadas con la coordinación regional No. 1, ellos operan como primera línea de defensa y están encargados de gestionar operativamente la donación de órganos, realizar auditorías a la IPS hhabilitadas con programas de trasplantes, IPS Generadoras, bancos de tejidos , laboratorios clínicos y centros de almacenamiento temporal, promoción de la donación, entre otros, demostrado con los procedimientos que hacen parte de su quehacer.

En la mesa de campo de contextualización, explicaron la organización interna para el desarrollo de sus funciones, se muestra el diagrama de su estructura interna para el desarrollo de su gestión:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					



Imágenes aportadas por los auditados



En el artículo 25 del Decreto 507 de 2013, se delega a la Dirección de Provisión de Servicios de Salud la función No. 5 “Coordinar la Regional No. 1 de la Red de Donación y Trasplantes en el marco de la normatividad vigente”.



En mesa de campo realizada el 4 de Julio de 2024, se verificaron las funciones contenidas en la normatividad aplicable para la donación de órganos y tejidos:

El Decreto 2493 de 2004, regula los procedimientos de donación y trasplante, establecidos para la Red de Donación y trasplante el cual se estructura desde dos niveles, uno nacional encargado de coordinar todo el país en cabeza del Instituto Nacional de Salud y un nivel regional, conformado por varias regionales para el caso la Secretaría Distrital de Salud se encuentra la Regional No. 1; se dictan algunas disposiciones con respecto a la conformación de los comités asesores a nivel nacional y regional y se establecen las funciones para las coordinaciones regionales.

En dicha mesa de campo se revisó el cumplimiento de las siguientes funciones:

1. Integración y operación del Comité Asesor: aportaron evidencias de operación del Comité ordinario con fechas 24 de noviembre de 2023 y 15 de marzo de 2024.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Dado que el señor secretario debe hacer parte de este Comité, se verifica previo a la mesa de campo el normograma del proceso encontrando lo siguiente:





Resolución 111 de 2017 *“Por la cual se conforma el Comité Asesor de la coordinación Regional No. 1”*



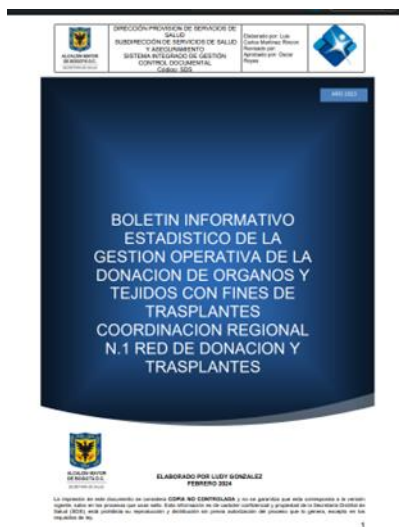
Resolución 1726 de 2020 *“Delega la participación en su artículo 1. a, directivo que ya no se encuentra en la Entidad*

Es necesario que el proceso revise las dos normas: La Resolución 1726 de 2020, delega a un directivo que no se encuentra en la entidad y actualizar o revisar la Resolución 111 de 2017 ya que podría requerir modificaciones o ajustes.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					



2. Funcionamiento del Comité Asesor: de manera trimestral aportaron las actas anteriormente mencionadas y se realizó elección de los integrantes del Comité en el mes de diciembre de 2024.
3. Organización interna y manual de funciones: se cuenta con una estructura interna y las responsabilidades contractuales o funciones, sin embargo, esta oficina recomienda revisar las cargas de trabajo dado que, desde esta dependencia, tiene 2 responsabilidades, la coordinación de la Regional No.1 con la gestión de 13 departamentos y la gestión de la donación para Bogotá D.C. De otro lado en mesa de campo relacionada con el procedimiento de Gestión Operativa de la Donación, se pudo evidenciar turnos de más de 12 horas para los profesionales, por tal razón se recomienda que el proceso revise las cargas de trabajo, las funciones y responsabilidades designadas.
4. Implementación de un sistema de Información para la donación de órganos y tejidos en este aparte se profundizará en el componente de Información y comunicación.
5. La coordinación de la regional y la promoción de la donación fueron demostradas con el procedimiento para la Promoción de Órganos y Tejidos.
6. Los registros de las estadísticas emitidas demostrados a través del “Boletín informativo estadístico de la gestión operativa de la donación de órganos y tejidos” para el caso de las evidencias documento de la vigencia 2023 y emitido en febrero 2024.



Evidencia aportada por el proceso “Boletín informativo estadístico de la Gestión operativa...vigencia 2023 “

Verificadas las funciones contenidas en el Decreto se evidencia que se da cumplimiento con lo requerido.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.3 Actividades de Control

La donación de órganos y tejidos es un acto altruista que puede salvar vidas y mejorar la calidad de vida de muchas personas. Este proceso implica la transferencia de órganos o tejidos de una persona (el donante) a otra (el receptor) que los necesita debido a una enfermedad o daño. *La donación puede ser en vida, como en el caso de un riñón, o después de la muerte, momento en el cual diversos órganos y tejidos como el corazón, pulmones, hígado, córneas y piel pueden ser utilizados* (OPS, OMS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven activamente la donación de órganos y tejidos como una parte fundamental de los sistemas de salud en todo el mundo.



La OMS y la OPS destacan que la donación y el trasplante de órganos y tejidos son procedimientos médicos altamente eficaces que pueden tratar enfermedades crónicas y fallos de órganos que, de otro modo, serían fatales. Ambos organismos subrayan la importancia de que los países desarrollen sistemas de donación y trasplante eficaces y equitativos, asegurando que los procesos sean seguros, éticos y accesibles para todos los pacientes que los necesiten.

La OMS establece que cada país debería tener un marco regulador claro que garantice la transparencia y la justicia en la asignación de órganos y tejidos, protegiendo los derechos de los donantes y receptores. Asimismo, la OMS aboga por la promoción de la donación voluntaria y no remunerada, evitando cualquier forma de explotación o tráfico de órganos.

En Colombia existe una amplia legislación sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, desde la ley 9 de 1979 que busca reglamentar la donación, la prohibición de comercializar componentes anatómicos humanos establecida como delito por la ley 919 de 2004, y el Decreto 2493 que regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte e implante de órganos o tejidos en humanos, hasta ampliar la presunción legal de la donación, entre otros.

A nivel administrativo, la Resolución 2640 de 2005 define la estructura de la Red de Donación y Trasplantes en dos niveles: Nacional y Regional. Igualmente, se establecen los procedimientos de inscripción ante la Coordinación regional y enuncia las funciones de las IPS Trasplantadoras, de los Comités Nacional y Regionales, define los requisitos de infraestructura, recurso humano, equipos y reportes de información para las Coordinaciones.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

A nivel Distrital el acuerdo 363 de 2009 establece que la Secretaría de Salud y las Empresas Sociales del Estado de Bogotá, coordinaran el acompañamiento en todas sus fases y a través de personal idóneo, la gestión operativa de la donación y el trasplante de órganos y tejidos, dentro del marco jurídico legal vigente.

La Gestión Operativa de la Donación la define el Ministerio de Salud y Protección Social como *las actividades realizadas por los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, públicas y privadas habilitadas con trasplantes mediante coordinadores operativos, en articulación con las Coordinaciones regionales, según la normativa vigente.* El Lineamiento de Gestión Operativa de la Donación de la SDS, indica que, *dichas actividades comprenden, entre otros, los procesos de promoción a la donación, búsqueda, detección, identificación, selección y notificación de donantes posibles en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el mantenimiento del donante, la obtención del consentimiento informado de los familiares, la organización de las condiciones logísticas para la extracción, transporte y preservación de los componentes anatómicos con fines de trasplante, el reporte de la información a la Red de Donación y Trasplantes y demás actividades para fomentar la utilización de componentes anatómicos en forma equitativa y oportuna, atendiendo principios legales y éticos.*

La organización de las actividades de la gestión operativa de la donación está a cargo de las Coordinaciones Regionales/ Departamentales y sus funciones son ejecutadas por la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, creada por el Ministerio de la Protección Social en el año 2004 y su estructura definida por la Resolución Ministerial 2640 de 2005. El Instituto Nacional de Salud, realiza las funciones de la Coordinación Nacional de la Red, que están establecidas por el artículo 5 del Decreto 2493 de agosto de 2004.



De acuerdo con la ubicación geográfica e infraestructura existente, para facilitar la actividad trasplantadora y la cobertura, la Resolución 2640 de 2005 de Ministerio de Protección Social Para el desarrollo del programa de auditoría la Dirección establece la ubicación de 5 coordinaciones regionales y los departamentos de su jurisdicción. Posteriormente, con la Resolución 3272 de 2011 se modificó el número de Coordinaciones pasando a 6, estructura que se mantiene actualmente:

Regional No. 1: Sede Bogotá. Área de influencia: Cundinamarca, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Putumayo y Amazonas.

Regional No. 2: Sede Medellín. Área de influencia: Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Córdoba y Caldas.

Regional No. 3: Sede Cali. Área de influencia: Valle, Risaralda, Quindío, Cauca y Nariño.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Regional No. 4: Sede: Bucaramanga. Área de influencia: Santander, Norte de Santander, Cesar y Arauca.

Regional No. 5: Sede Barranquilla. Área de influencia: Atlántico, Bolívar, Magdalena, Guajira y Sucre

Regional No. 6: Sede Neiva. Área de influencia: Huila.

Jurisdicción Coordinación Regional No. 1:



Fuente: Mesa de contextualización auditoría donación de órganos y tejidos.

Para comprender la dinámica de la Red de Donación y trasplante es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones expuestas en mesa de contextualización:



Banco De Tejidos: Es la Institución sin ánimo de lucro encargada de la obtención, extracción, procesamiento, preservación y almacenamiento de tejidos y de médula ósea, con el propósito de conservarlos y suministrarlos.

Centro de Almacenamiento Temporal (CAT): áreas de Bancos de Tejidos que se encuentran ubicadas en ciudades diferentes a su sede o domicilio principal, donde se realiza el almacenamiento temporal, es decir la acción de ubicar y mantener los tejidos desde la extracción y transporte hasta el procesamiento que deben cumplir con requisitos definidos en la Resolución 5108 de 2005.

IPS Generadora: IPS que puede generar donantes.

IPS Trasplantadora: Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud, que cuenta con el certificado de la verificación de la habilitación para la prestación del servicio de trasplante o implante de órganos, tejidos y/o células progenitoras, la cual debe cumplir con las

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

condiciones de infraestructura, dotación, recurso humano y demás estándares definidos para cada tipo de órgano y tejido, así como para desarrollar las actividades de gestión de la donación, extracción y trasplante.

La Coordinación Regional No.1 (CRN1) cuenta con 3 departamentos con IPS trasplantadoras: Bogotá, Cundinamarca y Tolima.

En la Regional No 1, se encuentran 3 Bancos de Tejidos que se diferencian de los Centros de Almacenamiento Temporal (CAT), en que tienen zonas blancas que permiten el procesamiento del tejido, los CAT, solamente lo refrigeran para preservarlo y llevarlo a la sede principal. La Regional No 1 contaba para el periodo auditado con 3 CAT.

Bogotá cuenta con 70 IPS generadoras, en los departamentos restantes de la CRN1 en total existen 69.

De acuerdo con la normatividad vigente y acorde a la mesa de contextualización la legalización de la donación tiene dos mecanismos:



- Consentimiento informado: se hace con la familia de menores, con el tutor o el representante legal de un menor o con posibles donantes extranjeros que entraron legalmente al país que su estatus migratorio no es de residente.
- Presunción legal de la Donación: enmarcada en la ley 1805 de 2016, establece que se presume que todos somos donantes, a menos que hayamos ejercido en vida el derecho a manifestar que nos oponemos a la donación.

Con la Ley 1805 de 2016 se busca atender la demanda de órganos de un gran número de personas que se encuentran en lista de espera y así procurarles una mejor calidad de vida. Esto implica que todo colombiano que fallezca se convierte en donante, excepto si manifestó su negativa en vida, de no ser así ningún familiar podrán oponerse a que se le extraigan los órganos o tejidos.

Las personas que en vida quiera manifestar su negativa de ser donante, lo deberán hacer mediante un documento escrito y autenticarlo ante un Notario Público y radicarse ante el INS.

Así mismo, se puede establecer la decisión de ser donante en vida a través del Registro Nacional del Donante, que es una base manejada por el INS. Los actores de la gestión de

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

la donación antes de iniciar cualquier proceso deben revisar dicho registro y acogerse a lo allí registrado.

El INS definirá la distribución y asignación de órganos y tejidos, atendiendo la escala de severidad de la enfermedad del paciente y la compatibilidad. Además de las necesidades de donación y trasplante a nivel nacional. (Así Vamos en Salud).

Con relación a la oferta de componentes en mesa de contextualización el equipo auditado mencionó que, *el INS hace unos consensos de expertos denominados Comisiones, las cuales dan las reglas del juego para todos los actores frente a los procesos de donación y trasplante. Se establecen criterios y aspectos clínicos del componente anatómico que se va a ofertar y con base en esos criterios técnico-científicos se adelanta la actividad. Para confirmar que es un donante elegible debe consultarse el registro, notificarse la alerta y legalizar la donación. Una vez que es un donante elegible se consulta a los grupos de expertos de trasplante con los criterios clínicos para que ellos determinen desde el punto de vista técnico, si ese componente anatómico puede ser utilizado para hacer un trasplante en alguna de las personas que se encuentran en la lista de espera de donación.*



-Gestión Operativa de la Donación (GOD)

La función general del equipo de GOD es *articular y mantener comunicación permanente con todos los actores de la CRN1: IPS generadoras, IPS habilitadas con programas de trasplantes, laboratorios de inmunogénética, Bancos de tejidos y de médula ósea y Centros de Almacenamiento Temporal; en coordinación con el Centro Regulador de Trasplantes del Instituto Nacional de Salud (INS), con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas en lista de espera de donación (Procedimiento SDS-PSS-PR-017)*

Al interior de la CRN1 las actividades adelantadas se documentan en el Manual de Procesos y Procedimientos SDS-PSS-PR_017_V7 - *Gestión Operativa de la Donación*-, del cual se realizó la verificación en mesa de campo el 24 de junio de 2024.

Para el desarrollo de sus actividades, el grupo de Gestión de la Donación debe recibir y registrar las alertas, notificar al Médico Coordinador Operativo (MCO) de las IPS habilitada o al Banco de Tejidos y al INS; verificar que los coordinadores operativos ingresen las alertas en Red Data; consultar el Registro Nacional del Donante, si la persona está allí se generará un código enviado a las diferentes IPS, requisito para continuar con el proceso. Se revisa en el marco de las entrevistas familiares que se haya efectuado la legalización de la donación y quede registrada, ya sea con consentimiento informado o mediante presunción legal. Debe coordinar la oferta de componentes, es decir, si ya hay un donante

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

elegible, consultar con los grupos de trasplante para determinar si aceptan ese componente que debe estar en la lista de espera.



Una vez se haya recibido, analizado y registrado el reporte de las pruebas infecciosas y de inmunogenética del donante reportadas por el laboratorio, se lanza el Matching por componente anatómico (hígado - riñón) a través del RedDataINS que cruza los algoritmos con todas las variables clínicas y criterios técnico-científicos generando un listado donde se relacionan los receptores más compatibles y con ese Matching se informa a los cirujanos de las IPS de turno. Posteriormente, se solicita la confirmación de los receptores a trasplantar por componente.

De acuerdo con lo reportado por los auditados, es importante mencionar que, *la lista de personas en espera de donación es la relación de personas en espera de un órgano o tejidos oculares para trasplante que han sido valoradas previamente y registradas por las IPS. La EAPB asigna una IPS trasplantadora, en esta IPS los grupos de trasplante realizan una evaluación más específica que determina si esa persona se beneficia de un trasplante; la IPS procede a ingresarla en una lista de espera del componente que necesita recibir. Esa lista de espera es administrada y vigilada por el INS. La selección del donante está ligada con el Matching, el cual cruza la información de los donantes para asignación. La lista de espera se encuentra en el Sistema de Información Red Data INS (sistema en línea nacional), que incluye unos algoritmos técnico-científicos para cruzar variables de receptores con donantes y determinar cuáles son los más compatibles.*

“Lanzar el Matching” es un proceso que con base en esa lista de espera identifica los receptores más compatibles con el donante. El médico tratante con un comité al interior de las instituciones evalúa el Matching para decidir cuál de sus receptores va a ser más beneficiado independiente del orden. Existe un control sobre la decisión de no trasplantar al primero del Matching, la IPS debe remitir la justificación del médico trasplantador cuando se decide trasplantar a otra persona diferente a la primera arrojada por el Matching. Algunos de los criterios para no trasplantar al primero o primeros de la lista corresponden a la prioridad dada por la urgencia cero y el estado compasivo. El Matching aplica para asignación solamente de riñón e hígado.

Importante resaltar que nadie que este por fuera de la lista de espera se debe trasplantar.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					





Fuente: Mesa de contextualización auditoria donación de órganos y tejidos

Según el procedimiento SDS-PSS-PR_017_V7 la actividad 27 indica que, se debe confirmar con la IPS los datos de identificación de los receptores de los órganos trasplantados y realizar la asignación del componente hepático y renal en el Red-Data INS, en días posteriores al trasplante, máximo una semana.

Para realizar la trazabilidad de la gestión se verificó una muestra aleatoria, correspondiente al registro 38062, que, se ingresó como alerta de posible donante el 10-06-2024, con fecha de rescate el 11-06-2024, evidenciando que, la asignación del componente renal no se había registrado en el módulo Matching del Sistema de Información RedDataINS en la mesa de trabajo (24-06-2024), incumpliendo con lo definido en la actividad 27 del procedimiento SDS-PSS-PR_017_V7, lo que genera una no conformidad.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Datos del Donante

Regional:	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (regional 1)	IPS_Rescatadora:	Fundación Santa Fe de Bogotá	Nombre:	JOHN GONZALEZ	Numero de identificación:	80200736
Grupo Sanguíneo:	O	Organo:	Riñón Izquierdo	Fecha de rescate:	6/11/2024	Edad:	43
HLA_A1:	01	HLA_A2:	24	HLA_B1:	08	HLA_B2:	35
HLA_DR1:	01	HLA_DR2:	17	HLA_DQ1:	2	HLA_DQ2:	5
Hallazgos Anatómicos:	Medidas 12*7*6 parenquima sin alteraciones		IPS Generadora:	HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL E.S.E.	Observaciones:		

Matching de pacientes altamente sensibilizados

Vista de matching por orden de:

#	No	ORDEN	IPS	IDENTIFICACION	PACIENTE	EDAD	PUNTOS	LIN R	LIN T	ASIGNACION	JUSTIF. NR	ANT_DSA	ML_TOX	JUSTIF.NO.ASIG	
No data to display															

Matching de pacientes

Vista de matching por orden de:

#	No	ORDEN	IPS	IDENTIFICACION	PACIENTE	EDAD	PUNTOS	LIN R	LIN T	JUSTIF. NR	ANT_DSA	ML_TOX	ASIG	JUSTIF.NO.ASIG
01	14719336	1	Fundación Santa Fe de Bogotá	79815906	JUAN CUBILLOS	46	23	Negativo	Negativo		No	Si		
02	14719163	2	Fundación Santa Fe de Bogotá	1014211173	ANDRES ALVAREZ	16	23	Negativo	Negativo		No	Si		
03	14721006	3	Fundación Santa Fe de Bogotá	1145225949	KADIR ALVAREZ	16	23	Negativo	Negativo		No	Si		
04	14719316	4	Fundación Santa Fe de Bogotá	1144150173	LAURA GOMEZ	33	23	Negativo	Negativo		No	Si		
05	14718479	5	Fundación Santa Fe de Bogotá	80111801	HAROLD DUARTE	40	23	Negativo	Negativo		No	Si		
06	14721457	6	Fundación Santa Fe de Bogotá	52499309	LUZ SANCHEZ	46	22							
07	14719935	7	Fundación Santa Fe de Bogotá	1013286170	SAMUEL RDA	16	22							



Fuente: Soporte de asignación riñón donante N° 38062 del 11/06/204, Pantallazo Red Data allegado por el proceso auditado.

Para adelantar la actividad 28 del procedimiento se debe “receptionar el registro del donante remitido por el MCO en medio físico y registrar la información faltante en el Sistema de información de la CRN1, en el formato de Registro de Donantes CRN1 RDT y validar la información en el RedDataINS de la trazabilidad de la alerta, desde la notificación, hasta que se realice el rescate y trasplante de los componentes anatómicos”.

En mesa de campo realizada el 24 de junio de 2024 se evidenció que la información contenida en el formato SDS-PSS-FT-062 V.5 - *Registro del Donante CRN1- RDT* - correspondiente a la muestra verificada (registro 38062) se encontraba incompleta 14 días posteriores a la fecha de rescate de los órganos, identificándose que no se encontraba registrada la información básica y relevante descrita en los siguientes ítems, entre otros:

4. IPS donde se rescata
9. Nacionalidad
29. Examen físico (lesiones entre otros)
33. Muerte encefálica
- 34 test de apnea
40. Mantenimiento del donante
45. Resumen (órganos y/o tejidos donados, ofertados y rescatados.
49. Características de los órganos extraídos
50. Trazabilidad de la oferta de riñón por IPS
52. Oferta hígado por IPS
54. Oferta corazón por IPS

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- 56. Oferta pulmón por IPS
- 59. Notificación a los grupos el resultado de la distribución y autorización para correr citotóxicos
- 60. Receptores de órganos
- 63. Profesional encargado de la gestión de distribución del componente renal 24 Horas GOD

Características de los Órganos extraídos			
Trazabilidad de la Oferta de riñón por IPS			
IPS	Profesional a quien se informa	Fecha y Hora oferta	PASA: EXPLICAR
Oferta de Riñón a Coordinación Nacional	Fecha Hora Notificación coordinación Nacional	Funcionario	Observación
OFERTA HIGADO POR IPS			
IPS	Profesional a quien se informa	FECHA	HORA
HIGADO	Fecha Hora Notificación coordinación Nacional	Funcionario	Observación
OFERTA CORAZÓN POR IPS			
IPS	Profesional a quien se informa	FECHA	HORA
CORAZÓN Oferta a la Nacional	Fecha Hora Notificación coordinación Nacional	Funcionario	Observación
OFERTA PULMON POR IPS			
IPS	Profesional a quien se informa	FECHA	HORA

Fuente: Formato Registro del Donante CRN1 RDT (38062) Código: SDS-PSS-FT-062 V.5 remitido por equipo auditado.



Igualmente, es importante anotar que en la descripción de la actividad en el Procedimiento SDS-PSS-PR_017 no se encuentra definida la oportunidad para la ejecución de esta actividad.

En mesa de trabajo del día 24-07-2024, se evidencia que la información faltante en el formato SDS-PSS-FT-062 V.5 no ha sido aún diligenciada y al solicitar la lista de chequeo se informa por el equipo auditado que no se encuentra elaborada. Dicha labor debe ser adelantada por el equipo de GOD, previa asignación. Al indagar sobre la forma y periodicidad de dicha asignación se encuentra que no está definida, por lo cual, se evidencian debilidades en el control sobre la actividad ocasionando dificultades en la trazabilidad de la gestión Operativa de la Donación de órganos y tejidos, generando un riesgo de tipo operativo.

En relación con la verificación del Procedimiento SDS-PSS-PR_017_V7 se realizan adicionalmente las siguientes observaciones de acuerdo con el ítem de la actividad adelantada:

- 2.No se especifica donde se registran las alertas de posibles donantes.
- 3.No se registra la consulta del ADRES para verificar la correspondencia de los datos del donante, a pesar de ser un paso requerido en el procedimiento de la gestión.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- 9.No se especifica donde se registra la información de la valoración de la alerta.
- 11.No se especifica donde se realiza el registro secuencial del seguimiento y evolución del potencial donante.
- 15.No se especifica donde se realiza el registro del resultado de COVID-19 del donante.
- 21.No se especifica como se realiza la confirmación del trasplante y donde se realiza el registro de la información.
- 22.No se especifica donde se registra la información de las pruebas infecciosas.
- 23.No se especifica en que sistema de información se debe verificar el registro del resultado del HLA
- 30.No se indica la periodicidad de la revisión de la información de la GOD, ni el tipo de información a revisar, así como, no se determina el rol del responsable de la revisión.

Por lo anterior, realizada la verificación de las actividades definidas en Procedimiento SDS-PSS-PR_017_V7 denominado “Gestión Operativa de la Donación” se evidenció que no se encuentran especificadas las herramientas de registro utilizadas para conservar la trazabilidad de la información lo que genera un riesgo operativo para el desarrollo de la Gestión de la Donación.

Así mismo, en la actividad 28 se indica que se debe registrar la información faltante en el “Sistema de Información de la CRN1”. Dado que, actualmente no se cuenta con un Sistema de Información de la CRN1, es importante, en concordancia con lo anteriormente mencionado, realizar la actualización del citado procedimiento.



Promoción de la Donación

Las actividades de Promoción de la Donación, acorde a mesa de contextualización, están enmarcadas dentro de dos programas:

- Programa de Promoción
- Programa Hospital generador de vida

El programa a de Promoción tiene por finalidad fortalecer la cultura de la donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes, dirigido a la comunidad del área de cobertura de la CRN1, abordando 4 ejes: Información, educación, comunicación y gestión. En el segundo programa se busca favorecer la implementación de actividades de gestión operativa de la donación en las IPS generadoras de donantes de órganos, tejidos y células, involucrando 5 líneas de acción: Promoción de la donación de órganos y tejidos, Gestión Operativa de la Donación, Facturación, Auditoría y Sistemas de Información.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

De acuerdo con lo expuesto por los auditados:

Las jornadas de Promoción se pueden realizar en colegios, en empresas, entidades. Se hace conmemoración de fechas como el 25 de abril, Día Distrital de la Donación; 6 de junio día del paciente trasplantado.

En el eje de Educación se hace un foro anual, que es un llamado a diferentes actores con investigaciones que se hayan realizado, se ha hecho en los últimos años virtual, porque facilita llegar a los otros departamentos de la jurisdicción. Otra actividad de educación son los cursos multiplicadores voluntarios, consiste en seleccionar un grupo especial a quienes se les dan herramientas para que posteriormente hagan sensibilización de donación y trasplante.

Los encuentros con expertos son actividades dirigidas a los profesionales de las IPS trasplantadoras, bancos de tejidos, cuyo objetivo es fortalecer competencias en esos profesionales o conocimientos. Se realiza generalmente de forma virtual entre 3 a 4 veces al año.



En la Oficina Asesora de Comunicaciones, se diseñan y divulgan piezas comunicativas en articulación con la Oficina Asesora de Comunicaciones y en el caso de otros departamentos se hace acompañamiento en gestión social cuando se ve la motivación del grupo para poder apoyar el diseño de piezas. En la página web hay un link donde se encuentran videos, un aporte de Dona Bogotá, preguntas frecuentes de donación y trasplante. Igualmente, contiene un link que redirige a la página del INS para manifestar la voluntad de donación.

El Programa Hospital generador de vida, es direccionado a las IPS generadoras y busca implementar las actividades de Gestión de la Donación, que se pueda hacer Promoción, búsqueda e identificación de posibles donantes, mantenimiento del donante. Tiene líneas de acción y se pretende que ellos implementen esas acciones al interior de la IPS generadora con el propósito de que los procesos de donación mejoren y fluyan adecuadamente.

Auditoría

Para el desarrollo del programa de auditoría la Dirección de Provisión de Servicios de Salud cuenta con dos procedimientos: Auditoría de los actores externos y el de Inscripción de Instituciones. Para explicar el tema se presentan algunas definiciones:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Definiciones - Auditoría Coordinación Regional No.1 (CRN1-RDT)


COYUNTURAL: conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las coordinaciones regionales, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

DONANTE VIVO: persona que conoce con certeza la totalidad de los riesgos que puedan generarse dentro del procedimiento y que, cumpliendo los requisitos establecidos en la norma, efectúa la donación en vida de aquellos órganos o parte de ellos, cuya función es compensada por su organismo de forma adecuada y segura

PACIENTE EXTRANJERO NO RESIDENTE: es aquel que no cuenta con Cédula de Extranjería tipo R.

URGENCIA CERO: Condición clínica del receptor que requiere el inmediato trasplante. La urgencia cero tendrá prioridad nacional.

ESTADO COMPASIVO: condición clínica del receptor que no cumple co los criterios de urgencia 0 pero su situación amerita una prelación en la asignación del órgano para el trasplante sobre los demás pacientes en estado electivo.

Donar órganos y tejidos 

Fuente: mesa de contextualización.

Las auditorias se realizan programadas y a necesidad. Las auditorias coyunturales están orientadas a solucionar de forma inmediata un problema detectado por lo cual se realizan a necesidad.



Las auditorias programadas se hacen bajo un cronograma que se remite anualmente al INS. En caso de existir situaciones que afecten el cronograma se debe informar al INS.

A continuación, se observan los diferentes espacios en los que se realiza Auditoría:



Fuente: mesa de contextualización.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

En mesa de campo efectuada el 4 de julio de 2024, se realizó la revisión del procedimiento “Auditoría Externa a los Actores de la Red y su área de influencia del CRN1. SDS PSS PR 006”.

Se realizó entrevista con 2 de las profesionales que desarrollan el procedimiento y con relación con la verificación del Procedimiento SDS-PSS-PR_006 se realizan adicionalmente las siguientes observaciones de acuerdo con el ítem de la actividad adelantada:



7. Elaborar y ajustar el lineamiento de auditoria para los diferentes actores se desarrolla con una periodicidad anual de acuerdo con los tipos de auditorías sean estas de inscripción, seguimiento, casos coyunturales y otros como donante vivo, estado compasivo, renal, hepático.
8. Cronograma de auditoria aportan el formato de cronograma de auditoría vigencia 2023 y en correo enviado el 11 de julio de 2024, se solicitó un muestreo de 9 de las IPS auditadas para revisar la trazabilidad de los registros y el desarrollo del ciclo de auditoría.

Para la vigencia 2023 se auditaron 149 IPS entre trasplantadoras 107, generadoras 40 y 2 con clasificadas como otros. De las 149 IPS, a 101 IPS fue necesaria la generación de planes de mejora.

A continuación, se registra la verificación de las 9 IPS muestreadas correspondientes al 6% de la muestra:



No.	IPS	Registros aportados
1.	FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ	-Correo electrónico de notificación de la auditoría con fecha 6 de enero 2023 -Auditoría urgencia 0 hígado 17 de enero 2023. - Auditoria urgencia 0 donante vivo renal 17 de enero 2023. (ojo no reportan la modalidad de la reunión de auditoría). -Auditoria Hígado ofertado enero 17 2023. No requirió plan de mejora.
2.	PROCARDIO LTDA. HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA S.A	-Correo notificación de la auditoria enero 26 2023 -Correo cambio de turnos riñón 26 de enero 2023 - Acta de auditoria coyuntural trasplante renal 26 de enero 2023 -Acta de auditoría de seguimiento al plan de mejoramiento. -Correo seguimiento al plan de mejoramiento mayo 24 2023 - Correo cierre a las acciones del plan de mejoramiento mayo 24 2023.
3.	ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA	-Oficio comunicación de auditoría marzo 16 2023 Rad.2023 EE 30559 - Acta de reunión de auditoría marzo 24 de 2023. - Oficio informe de auditoría 25 de abril de 2023 Rad. EE42685.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					


		<ul style="list-style-type: none"> -Informe de auditoría SDS- PSS-FT575 - Formato plan de mejora de la ESE, fecha 20 de junio 2023. - Correo de comunicación seguimiento al plan de mejoramiento Julio 11 de 2023 - Acta de seguimiento al plan de mejoramiento julio 17 2023.
4.	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	<ul style="list-style-type: none"> -Correo comunicación de auditoria con fecha marzo 15 2023 y reprogramación 23 de marzo 2023. -Actas de auditoria con fecha 23 de marzo 2023: Caso coyuntural rescate de órgano- seguimiento plan de mejora IPS trasplantadoras – Donante vivo renal- urgencia o corazón. No se realizó auditoria debido a “No se encontraban paciente en estado inscrito lasta de espera de corazón”.
5.	CLINICA ASOTRAUMA SAS	<ul style="list-style-type: none"> -Memorando plan de visita Rad. 2023EE abril 202 2023 -Acta de auditoría de seguimiento a la calidad del proceso de donación 3 de mayo 2025 -Formato relación de recurso humano con fecha 3 y 4 de mayo SDS PSS FT 568. -Correo remisión de actas fecha 5 de mayo 2023. - Memorando informe de visita a IPS generadora Rad. EE 56960. - Formato Informe de Auditoría SDS PSS FT 605. -Oficio “Actividad no reportada IPS clínica Asotruama “Agosto 1 2023 - Oficio Asotrauma delegación de personal para visita Fecha 10 de octubre 2023. - Formato Plan de mejora Asotruama sin fechas. -Correo entrega parcial Plan de mejora Fecha mayo 25 2023. -Correo entrega parcial Plan de mejora Fecha mayo 31 2023. -Correo seguimiento plan de mejoramiento fecha octubre 11 2023 -Acta de seguimiento al plan de mejoramiento Asotrauma.
6.	EUSALUD S.A EUSALUD CLINICA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	<p>Se observan registros de auditorías efectuadas para IPS generadora e IPS trasplantadora:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oficio comunicación de visita fecha 2 de agosto 2023 Rad. 2023 EE 93827. -Formato plan de auditoría SDS PSS FT 058 Fecha agosto 2023. -Formato relación de recurso humano de la visita SDS PSS FT568. -Acta visita de auditoria como IPS trasplantadora fechas 23 y 24 de agosto. -Correos de retroalimentación de los planes de mejora con fechas 5 ,8,13,19 de septiembre. -Segundo correo del mismo tema con fechas 5 y 8 de septiembre. - Formato plan de mejora de Eusalud sin fecha y no estandarizado.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

		<ul style="list-style-type: none"> - Correo comunicación de auditoria IPS generadora y trasplantadora 15 y 16 de junio y 23 y 24 de agosto. - Correo seguimiento plan de mejora fecha 27 de noviembre 2023 -Informe de auditoría SDS-PSS-FT-605 -Oficio comunicación de informe 21de septiembre Rad. 2023 EE124754. -Correo seguimiento al plan de mejoramiento 1 de diciembre 2023 -Acta de seguimiento al Plan de mejoramiento fecha 18 de diciembre 2023. -Acta de auditoria IPS generadora 15 y 16 de junio -Informe de auditoría IPS generadora formato código SDS PSS FT 575. -Formato plan de mejora no estandarizado. -Correo plan de mejora auditoria donantes Fecha julio 19 2023.
7.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE	<ul style="list-style-type: none"> -Oficio de comunicación de la auditoria Hospital Departamental María Inmaculada Rad. 2023 EE124 858 fecha 22 de septiembre 2023 -Correo 1 reprogramación de visita fecha 13 de septiembre. - Correo 2 reprogramación de visita fecha 10 de octubre. - Formato plan de auditoría SDS- PSS-FT-058 -Oficio de no realización de la auditoría enviado a la IPS Rad. EE141932. -Oficio traslado a la Secretaría Departamental de Salud del Caquetá Fecha 23 de octubre Rad. 2023EE142063.
8.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. USS EL TUNAL	<p>Se adjunta oficio 2023-EE-151221 del 07/11/2024, en el cual se indica que no se realizará esta auditoría en la vigencia 2023 por disminución de personal. Esta oficina recomienda fortalecer la planeación del recurso humano para dar cumplimiento a las actividades da auditoría dada la criticidad de las actividades que se desarrollan.</p>
9.	CAT BANTEJIDOS	<ul style="list-style-type: none"> -Oficio de comunicación de auditoria Banco de Tejidos Fecha 30 de noviembre 2023 Rad.2023 EE163381. -Plan de auditoría SDS- PSS-FT-058 fecha 12 de diciembre. -Oficio de comunicación recurso humano de la IPS que asiste a la auditoria. Fecha: 5 de diciembre 2023 -Oficio remitario Informe de auditoría Rad. 2024EE 03958 -Formato Plan de mejora del 19 de diciembre. -Correo validación del plan de mejora Fecha 28 de diciembre. -Acta de Auditoria Corporación Banco de Tejidos Regional Sur Ibagué. - Informe de auditoría SDS PSS FT 087 realizado el 12 y 13 de diciembre

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

PLANEACIÓN										EJECUCIÓN													
Nº	TIPO DE PRESTADOR	TIPO DE INSTITUCIÓN AT	RAÍZ DE INSTITUCIÓN	SEDC	DEPART. ARCENT	CIUDAD	TIPO DE CENTRO	CLASIFICACIÓN DE LA CEN	TEMA	PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO	PROYECTOS DE ASISTENCIA TÉCNICA O COOPERACIÓN	MODALIDAD	EJECUCIÓN	NÚMERO DE PARR.	NÚMERO DE INS.	NÚMERO DE ACTAS DE SECCIONES	NÚMERO DE PARTICIPANTES DE LA INSTITUCIÓN ASISTIDA	NÚMERO DE OTROS ASISTIDOS	MOTIVO DE LA REPROGRAMACIÓN	FECHA DE REPROGRAMACIÓN	REAGIR PLAN DE GESTIÓN O PLAN DE REPARACIÓN	OBSERVACIONES Y/O ASPECTOS RELEVANTES DE LA INSTITUCIÓN O SEGUIMIENTO	
																							PROCESOS
1	IPSTRASPLANTADORA	IPS	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ	1	Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	Hospital	Audiencia	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 2023	GRUP AUDITORIA CER1	PRESENCIAL	EJECUCIÓN DEL 14/02/23	1	1	1	1	2			NO APLICABLE	Realizado el 14 de febrero del 2023
12	IPSTRASPLANTADORA	IPS	PROCARDIO	1	Cundinamarca	Susaké	Hospital	Consultorio	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 21/03/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 21/03/23	1	1	1	1	1			NO APLICABLE	N/A
13	IPS CENEDENARA	IPS	ESPECIALIDAD REGIONAL DE DUITAMA	1	Quindío	Duitama	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 21/03/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 21/03/23	1	1	1	1			PLAN DE MEJORA	Realizado el 21/03/2023	
14	IPSTRASPLANTADORA	IPS	HOSPITAL DENTISTARIO SAN IGNACIO	1	Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 21/03/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 21/03/23						21/03/2023		Realizado el 21/03/2023	
15	IPSTRASPLANTADORA	IPS	CLINICA HOSPITAL PASADIS	1	Tolima	Neapel	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 14/02/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 14/02/23	1	1	1	1			PLAN DE MEJORA	Realizado el 14/02/2023	
17	IPSTRASPLANTADORA	IPS	EDUARDO LA CAJAL CLINICA DE TRANSPLANTES Y OTORRINOLARINGOLOGIA	1	Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 14/02/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 14/02/23								Realizado el 14/02/2023	
107	IPS CENEDENARA	IPS	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TIBAGUI (HOSPITAL DE LA VIDA)	1	Cundinamarca	Tibaguí	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 21/03/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 21/03/23						21/03/2023		Realizado el 21/03/2023	
102	IPSTRASPLANTADORA	IPS	SURSE HITECORA DE TRANSPLANTES RENALES E.E. SS EL TUNAL	1	Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 14/02/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 14/02/23						2024		Realizado el 14/02/2023	
103	IPSTRASPLANTADORA	IPS	CAT BANCO DE TEJIDOS	1	Tolima	Neapel	Hospital	Hospital	ASISTENCIA TÉCNICA	Mejoría	Programación del 14/02/23	GRUP AUDITORIA CER1	VIRTUAL	EJECUCIÓN DEL 14/02/23	1	1	1	1			NO APLICABLE	Realizado el 14/02/2023	



Fuente: Imágen formato cronograma y trazabilidad del as auditorias vigencia 2023

De la revisión de los documentos del muestreo 9 IPS sobre las auditorías realizadas por los auditores de la Coordinación Regional No.1 se pudo evidenciar lo siguiente:

IPS	NOT. AUDIT	PLAN DE AUDIT	ACTAS VISITAS	FTO REC HUMANO	INFO. AUDITORIA	PLAN DE MEJORA	SEGUIM PLAN DE MEJORA
Fund Sta Fe	SI	NA	SI	NA	NA	NA	NA
Procardio	SI	NA	SI	NA	NA	NA	SI
Hospital regional de Duitama	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI
San Ignacio	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Asotrauma	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Eusalud	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Hosp Dptal. María inmaculada	SI	SI	NA	NA	NA	NA	NA
Subred integrada de SS el Tunal	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CAT Banco de tejidos	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI

Una vez revisada la información de las auditorias de la Coordinación Regional N1 de Donación y Trasplante se observa debidamente consolidada, sin embargo, se recomienda

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

generar otros mecanismos de organización y control para mejorar la comprensión de la información en el momento que un tercero realice el análisis de la información, esto aunado a que el proceso debe contar con un sistema de información que mejore su accesibilidad, oportunidad, claridad y trazabilidad.

Biovigilancia:

La Biovigilancia es definida por el INS como el conjunto de procesos y procedimientos de gestión de información para la identificación y la gestión de riesgos relacionados con el uso de componentes anatómicos y sus derivados, así como para la monitorización de la calidad y seguridad de la donación y el trasplante de componentes anatómicos.



El INVIMA indica que, *en la actualidad no existe reglamentación específica para la Biovigilancia, no obstante, en atención al control sanitario y epidemiológico que debe realizarse a todos los productos de uso y consumo humano y en el entendido que la Red de Donación y Trasplantes está a cargo del Instituto Nacional de Salud, éste en conjunto con el Invima, creó un formulario para el reporte de los casos.*

Según el manual de Biovigilancia del INS son eventos para reportar los incidentes graves y los eventos adversos. Entendiéndose como incidente grave *cualquier hecho o suceso que es generado por una desviación de las normas establecidas, estándares aplicables o procedimientos que se ordenan desde la donación al trasplante de órganos, que generó un riesgo de evento grave (i.e. pudo haber generado la muerte, discapacidad severa o permanente, amenaza inminente a la vida, o que genera hospitalización o prolonga la misma) en el receptor o en el donante vivo. También incluye hechos o sucesos que llevan a la pérdida de órganos después del inicio del procedimiento quirúrgico de rescate del mismo. Y como evento adverso una situación de ocurrencia médica (cualquier signo, hallazgo anormal en prueba diagnóstica, síntoma o enfermedad) no favorable y no intencional, en un receptor de órganos o en donante vivo, que puede estar relacionado con cualquier procedimiento involucrado desde la donación al trasplante de órganos o a la calidad o seguridad de dichos órganos*

Según el “Informe de Cumplimiento de Funciones Coordinación Regional de Donación y Trasplantes N°1 del año 2023, durante ese periodo se presentaron 30 eventos adversos o incidentes, de los cuales, 22 correspondieron a progenitores hematopoyéticos, 5 a órganos, 2 a tejidos osteomusculares y 1 para tejido ocular.

Es necesario anotar que si bien se están adelantando actividades relacionadas con la Biovigilancia, es importante incrementar las acciones para la implementación y posicionamiento del Programa en la CRN1, especialmente, en las actividades de Promoción, con el fin de involucrar a todas las IPS trasplantadoras teniendo en cuenta que según lo reportado en el informe de la CRN1 del año 2023, los reportes están influenciados por la voluntariedad de las IPS en *el proceso de identificación y notificación de eventos*

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

adversos e incidentes relacionados con la cadena del proceso desde la donación hasta el trasplante y postrasplante y por la vigilancia pasiva, siendo igualmente este último un factor clave a enfatizar en el programa de auditoría.

En el mismo sentido, se recomienda hacer énfasis a las IPS trasplantadoras en la oportunidad del reporte, teniendo en cuenta que, según lo reportado en el mencionado informe, la oportunidad promedio de los eventos o incidentes fue de 33 días, no atendiendo los tiempos establecidos en el manual de vigilancia de órganos del INS, donde se indica que se tendrá un tiempo máximo de reporte para eventos adversos graves de 72 horas posteriores a la detección y para incidentes 7 días.

6.4 Gestión de los Riesgos

Acorde al mapa de riesgos publicado en el aplicativo Isolución, se verifica que se encuentran visibilizados 5 riesgos de gestión para el Proceso de Provisión de Servicios de Salud, de los cuales, el riesgo número 5 presenta como causa inmediata *la posibilidad de afectación reputacional por coordinar la Regional N° 1 de la Red de donación de órganos y tejidos por una orientación inadecuada, asociada al desconocimiento de los lineamientos y normatividad del orden nacional y distrital.* A continuación, se relaciona la descripción del riesgo:



Posibilidad de afectación reputacional por coordinar la Regional No.1 de la Red de donación de órganos y tejidos por una orientación inadecuada, asociada al desconocimiento de los lineamientos y normatividad del orden nacional y distrital.

Se encuentra definido como un riesgo operativo con impacto reputacional, para el cual, se han establecido 4 controles a saber:

1. Actualizar e implementar los Lineamientos de la Coordinación Regional No.1.
2. Asistencia técnica a los actores de la Red de la Coordinación Regional No.1
3. Auditorías a los actores de la Red de la Coordinación Regional No.1
4. Gestionar el Talento humano y el apoyo tecnológico y logístico requerido

Teniendo en cuenta lo verificado y descrito en el numeral 6.3 Actividades de Control, en relación a las debilidades en el registro de la asignación de órganos en el RedDataINS y el diligenciamiento incompleto del formato - *Registro del Donante CRN1- RDT* – se encuentran debilidades en la aplicación del control número 1, en lo relacionado con la implementación de los lineamientos, específicamente sobre asignación de componentes anatómicos. Por lo que, es necesario una revisión interior del proceso para reforzar los controles y hacerlos más efectivos.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

6.5 Actividades de Monitoreo

Como parte de las actividades de monitoreo de la Gestión Operativa de la Donación el proceso de Provisión de Servicios de Salud cuenta con un cuadro de mando integral de indicadores de gestión, Producto y Resultado (Tablero de control), donde se monitorean cuatro indicadores de la Red de Donación y Trasplante:

- Tasas de donación de órganos en Bogotá D.C.
- Tasas de donación de órganos en el área de jurisdicción de la CRN1 – RDT
- Tasa de trasplantes de órganos donante vivo y cadavérico en Bogotá. D.C.
- Tasa de trasplantes de órganos donante vivo y cadavérico en la CRN1 – RDT

Verificados los soportes del tablero de control aportados por el equipo auditado se encontró que la información esta desactualizada e incompleta para los numerales 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3 y 8.2.4 para los datos registrados del año 2024 en las fichas técnicas de los indicadores de Tasas de donación de órganos y Tasa de trasplantes de órganos Bogotá y CRN1, específicamente para los siguientes ítems:

- Numeral 10 “línea de base y meta para el año 2024: no se ha registrado la línea de base del año anterior y la meta para el año 2024.
- No se han registrado los rangos a tener en cuenta en la semaforización para generación de alertas ni la justificación técnica de los rangos de donación, sin embargo, sin contar con dicha información, se encuentra el análisis descriptivo del indicador del primer semestre de 2024.
- Para el indicador 8.2.3 no se ha realizado análisis descriptivo ni registro de acciones de mejora por rangos insatisfactorios.
- Adicionalmente, para el año 2023 y 2024 en el indicador 8.2.1 en el mencionado cuadro no se totalizó la meta proyectada por año en el ítem de resultados cuando se discrimina la meta mensual.
- En la numeración del Formato en el ítem “Ficha técnica del indicador” se encuentran dos criterios identificados con el numero 10 (“Línea de base y meta” y “observaciones”).
- En general, para los periodos donde se registraron rangos insatisfactorios no se describen acciones de mejora en el ítem correspondiente.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SECRETARÍA DE SALUD

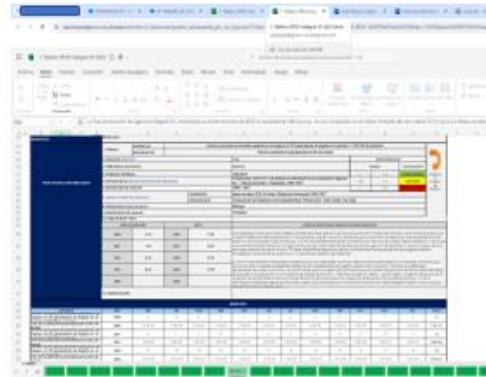
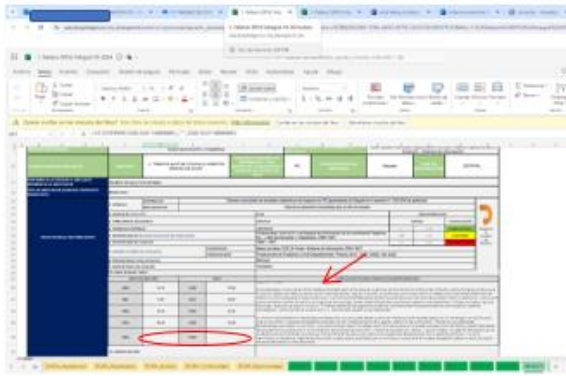
**EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION
OFICINA DE CONTROL INTERNO
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL**

INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)

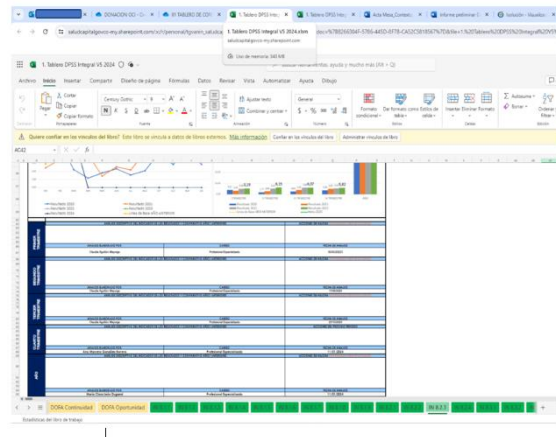
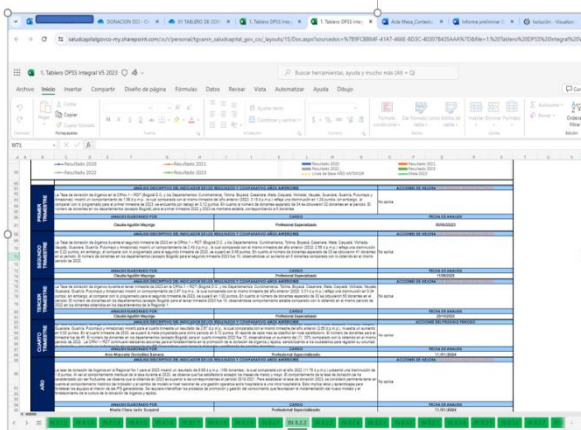
Código: SDS-ESC-FT-003 Versión: 8





Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos



Fuente: Soportes aportados por equipo auditado.



*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Por lo anterior, se encuentra que, a pesar de ser el tablero de control una herramienta útil para realizar el seguimiento y monitoreo de los indicadores de gestión es importante mantener actualizada y concordante la información registrada, con el fin de darle un uso eficiente y oportuno para la toma de decisiones, ya que, podría generar un posible riesgo operativo.

6.6 Información y Comunicación

Según lo descrito en el Manual de Usuario - Sistema de Información de la Red de Donación y Trasplantes, la GOD cuenta a nivel nacional con el Sistema de Información de la Red de Donación y Trasplantes – RedDataINS-, *siendo una aplicación Web desarrollada por el equipo de desarrolladores de software de la Oficina TIC del Instituto Nacional de Salud, la cual, puede ser accedida desde cualquier navegador de internet. El Sistema RedData permite realizar una gestión integrada para la administración de la información de pacientes, donantes y entidades de salud permitiendo optimizar todos los procesos que tienen que ver con la donación y trasplante de órganos. Dentro de sus principales módulos se encuentran:*

- *Inscripción a la Red de Donación y Trasplantes.*
- *Manejo de listas de espera para órganos y córneas.*
- *Manejo de información de donantes (protocolo de muerte encefálica).*



De acuerdo con lo descrito en los Lineamientos del Sistema de Información de la CRN1 - Red de Donación y Trasplantes SDS-PSS-LN-003, el RedData es *el sistema a través del cual se administra en línea la información de inscripción a la Red y se gestiona dicha la información, tanto de pacientes en lista de espera para trasplante de órganos y tejidos como de donantes de componentes anatómicos con fines terapéuticos.*

La SDS ha contado desde el año 2014 con el Sistema de información SIRC - Sistema Integral de referencia y Contrarreferencia – y específicamente para la gestión de las acciones relacionadas con la donación de órganos el “Modulo de Trasplantes”, del cual, se manifestó por parte del equipo auditado en las diferentes mesas de trabajo, que no se encuentra actualmente en operación por presentar las siguientes dificultades reportadas en memorando del 27 de mayo de 2024:

“No es eficiente para el proceso, pues no permite una mejora continua, ni realizar mantenimiento, ni corrección de incidencias, ni actualización de tablas, no constituye un apoyo positivo para la gestión de alertas y donantes de la Coordinación Regional No. 1 de la Red de donación y trasplantes, pues presenta fallas en la capacidad de cargue "se cuelga" periódicamente, no genera reportes reales, ni emite documentos pdf, los cuales se requieren por cada donante registrado”.

“En ese sentido, esa herramienta se encuentra en estado de obsolescencia y afecta desde la seguridad de los datos, hasta la productividad de los referentes del proceso;

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

pues se ha presentado, pérdida de datos causada por fallos del software y no se encuentran los donantes previamente almacenados, entre otras”.

De otro lado, se encuentra que, en relación con la gestión adelantada para actualizar el Sistema de Información del proceso, se realizaron diferentes mesas de trabajo con la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá – ETB, en el marco del convenio Interadministrativo 2901895 de 2021, el cual tenía por objeto: *"Desarrollar e implementar el estándar, modelo y plataforma de gobierno de interoperabilidad para doce (12) sistemas de información misionales y estratégicos de la SDS, con fábrica de software para la actualización, ajustes, mejoras y desarrollo de las aplicaciones y sistemas de información incluido la virtualización de trámites y servicios y actualización de la intranet y pagina web de la entidad con entrega e implementación del licenciamiento de las herramientas para su operación y funcionamiento"*.

Al interior de la SDS y específicamente del Proceso de Provisión de Servicios de Salud, el Sistema de Información proyectado se denominó “SIDONATE”, el cual busca ser un complemento del Sistema de información nacional RedDataINS para la GOD, incluyendo adicionalmente Módulos para la gestión de la Promoción y Auditoría del programa de Donación y Trasplantes.



De acuerdo con los soportes remitidos, se evidencia mediante 9 actas de reunión en formato de la ETB producto de mesas de trabajo realizadas con dicha entidad durante el año 2023 la contextualización realizada sobre los requerimientos de la SDS en relación con:

- Módulo de auditoria en la sección de tejidos con fecha de emisión 15-12-2022 y 19-12-2022, 26-12-2022
- Módulo auditoria sección donante vivo con fecha 21-12-2022
- Módulo auditoria sección de extranjero y estado compasivo con fecha 21-12-2022
- Módulo auditoria sección Auditoría Coyuntural con fecha 27-12-2022
- Aprobación avances inscripción y seguimiento, Donante vivo, Extranjero, estado compasivo, y tejidos con fecha 27-12-2022
- Generación de reportes inscripción y seguimiento, Donante vivo, Extranjero, estado compasivo, tejidos, Auditoria coyuntural y urgencia cero con fecha 30-12-2022
- Módulo Gestión Social con fecha 05-10-2023

El 06-02-2024 se realiza la primera sesión de capacitación por parte de ETB y pruebas del aplicativo de trasplantes en el Módulo Administrativo único módulo finalizado al 100%, evidenciando reunión mediante acta.

Al interior de la SDS se evidencia revisión del estatus del proyecto SIDONATE con la Dirección TIC y sus avances mediante actas con fecha 14-05-2024 y 20-05-2024, tratando adicionalmente el tema de la interoperabilidad con el software de RedData del INS, para lo cual se indica se debe contar con todos los módulos desarrollados.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

En mesa de contexto los auditados informan que, a pesar de la gestión realizada en relación al nuevo sistema de información, a la fecha el sistema no ha sido finalizado ni entregado debido a dificultades presentadas con el convenio interadministrativa con la ETB.

Según el lineamiento SDS-PSS-LN-003, *un claro Sistema de Información debe dar respuesta a las debilidades evidenciadas como la inoportunidad de la disponibilidad de la información, las barreras de acceso a la información en salud por la fragmentación de la misma, lo que conlleva a que las acciones de la Secretaría Distrital de Salud planteen el mejoramiento de condiciones de salud de la población en general y específicamente la operatividad de la Regional N. 1, dando respuesta a la problemática planteada mediante el fortalecimiento de un sistema de información para dar cuenta de las acciones adelantadas por los diferentes actores en pro de alcanzar sus objetivos.*



Igualmente indica, *el Sistema de Información de la Coordinación Regional No. 1, es un conjunto de elementos relacionados entre sí que recogen, almacenan, procesan y muestran información para apoyar a todos los actores de la Red Distrital de Donación y trasplantes, para el control y toma de decisiones en la Regional, permite tener disponibles estadísticas generales de los donantes y receptores de forma periódica (Mensual, Trimestral, semestral y anual).*






Según los soportes aportados se verifica que, si bien se realizó el 27 de mayo de 2024, la solicitud de concepto técnico a TIC con la opción de avalar dar de baja el sistema de información SIRC-Modulo de trasplantes, a la fecha no se cuenta con la respectiva respuesta.

Considerando lo verificado en mesas de trabajo y validados los soportes aportados, sin desconocer la gestión adelantada por el proceso, se evidencia que actualmente no hay un sistema de información que permita administrar, recolectar, recuperar, procesar y almacenar información relevante del Programa de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos generando un riesgo operativo y reputacional para el proceso y la entidad. Acorde a lo anterior, es necesario igualmente revisar la pertinencia de mantener en el aplicativo Isolución el Lineamiento del Sistema de Información CNR1 - SDS-PSS-LN-003, dado que no se encuentra en uso.

De otro lado, consultada la página web de la SDS como parte de la información de interés general, en el Banner de Servicio de Salud y Aseguramiento se encuentra un botón para consulta de información de interés de la Donación y Trasplante, donde se informa sobre generalidades de la CRN1, se redirecciona al usuario a la página web del INS donde se puede expresar la voluntad de ser donante; se presentan igualmente, piezas gráficas alusivas a la donación de órganos y tejidos de la promoción de la donación y cuatro carpetas a saber:

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- ✓  Nombre
-  H_generador_vida ...
-  Normograma ...
-  Orden_Dona_Bta ...
-  Piezas_graficas ...

En la carpeta - Hospital generador de vida - se pueden consultar dos formatos y el lineamiento de la gestión operativa. En la revisión de los documentos se evidencia que el formato publicado con código SDS-PSS-FT-143 corresponde a la versión 3, la cual se encuentra obsoleta, por lo tanto, es necesario actualizarlo en dicho espacio virtual.

7. ASPECTOS POSITIVOS (NIA 2410 A2).

- Se pudo evidenciar un Sistema de Control Interno fuerte y operando, se destaca la organización interna del equipo de trabajo, la documentación enfocada hacia las funciones que deben desarrollar, un talento humano comprometido como eje central de la operación para la Coordinación del a Regional No1.
- Se demostró compromiso en la atención de la auditoria, acceso a la información solicitada lo que refleja un liderazgo por parte del talento humano de la Coordinación de la Regional No1, frente al proceso que representan.
- Se destaca la participación del nivel directivo y del equipo de trabajo en cuanto a la entrega oportuna de la información requerida por el grupo auditor y la participación en las mesas de campo las cuales se desarrollaron de manera oportuna.
- En la evaluación de adherencia de conocimientos sobre código de integridad y política de conflicto interés se demostró el compromiso de los colaboradores con la asistencia y participación activa.
- En el desarrollo de la presente auditoría se observó el compromiso permanente, disposición y cordialidad por parte de los profesionales que acompañaron el ejercicio por parte de la Coordinación Regional No.1, tanto del personal operativo como directivos y profesional del Sistema de Gestión de Calidad.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).

8.1 Revisada la trazabilidad de los registros en el módulo Matching del Sistema de Información RedDataINS en mesa de trabajo del 24-06-2024, no se evidenció la asignación del componente renal para la muestra verificada (registro 38062), incumpliendo lo definido en la actividad 27 del procedimiento SDS-PSS-PR_017_V7 y el componente de actividades de control.

8.2 Se evidenció que la información contenida en el formato SDS-PSS-FT-062 V.5 - *Registro del Donante CRN1- RDT* – revisado en mesas de campo realizadas el 24 de junio y el 24 de julio de 2024, correspondiente a la muestra verificada (registro 38062), se encontraba incompleta, identificándose la falta de 14 datos en los registros de la información básica y relevante del registro del donante, incumpliendo con la ley 87 de 1993 “**Artículo 2º.-** *Objetivos del sistema de Control Interno...*literal e., asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.



9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).

9.1 En el ejercicio de auditoría se identificó que en el normograma institucional del proceso se encuentran dos resoluciones relacionadas con las funciones del Comité y la delegación institucional para la operación de dicha instancia, es necesario que se tomen las medidas para la revisión, actualización o derogación de las Resoluciones 1726 de 2020 y 111 de 2017, evitando potenciales riesgos relacionados con duplicidad de normas o publicación de normas ya derogadas. Igualmente, es necesario realizar la actualización periódica del normograma.

9.2 Revisada la adherencia de conocimientos sobre el código de integridad al equipo de la Coordinación Regional No.1 de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y según el estándar planteado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad respecto a la adherencia de los documentos institucionales, se encontró que el promedio general obtenido al aplicar la evaluación fue del 69%, por lo cual, se hace necesario que el proceso afiance los conocimientos específicos, en busca del fortalecimiento del ambiente de control institucional.

9.3 En mesa de trabajo del día 24-07-2024, se evidencia que, no se encuentra definida la forma y periodicidad de la asignación del profesional responsable de verificar y completar el diligenciamiento del formato SDS-PSS-FT-062 V.5 - *Registro del Donante CRN1- RDT*, denotando debilidades en el control sobre esta actividad generando un riesgo de tipo operativo en el desarrollo de la GOD.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

9.4 Realizada la verificación de las actividades definidas en el Procedimiento “Gestión Operativa de la Donación” con código SDS-PSS-PR_017_V7 se evidenció que no se encuentran especificadas las herramientas de registro utilizadas para conservar la trazabilidad de la información, lo que genera un posible riesgo operativo para el desarrollo de su operación.

9.5 Verificados los soportes del tablero de control aportados por los auditados se encontró que la información esta desactualizada e incompleta en los numerales 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3 y 8.2.4 para los datos registrados del año 2024 en las fichas técnicas de los indicadores de Tasas de donación de órganos y Tasa de trasplantes de órganos Bogotá y CRN1, generando un posible riesgo relacionado con la completitud y veracidad de la información requerida para la toma de decisiones.

9.6 De manera general se detectaron debilidades en el diligenciamiento de registros propios de la gestión del proceso, por lo cual, se hace necesaria la revisión, ajuste y mejora del mapa de riesgos y los controles, visibilizando otros riesgos de tipo operativo y diseñando controles eficaces que garanticen la trazabilidad y oportunidad en el registro de la información.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. (NIA 2410-A1).



10.1 Como oportunidad de mejora para la CRN1 se recomienda incluir dentro del lineamiento SDS-PSS-LN- 009 o en otro tipo documental, el procedimiento para adjudicar los turnos para rescate de componentes anatómicos a los actores involucrados incluyendo los controles necesarios para garantizar su asignación.

10.2 Es necesario que de manera institucional se aborde el desarrollo de los sistemas de información internos, para este caso el Sistema de Información SIDONATE, ya que lo evidenciado demostró avances importantes con respecto al levantamiento de requerimientos, más no un producto definitivo y puesta en operación por parte del proveedor de servicios para este caso ETB.

10.3 Considerando lo verificado en mesas de trabajo y validados los soportes aportados, sin desconocer la gestión adelantada por el proceso, es importante que se realicen las acciones necesarias para proveer un sistema de información de la donación de órganos, que permita administrar, recolectar, recuperar, procesar y almacenar información relevante del Programa de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.

10.3 Para fortalecer y demostrar un mejoramiento continuo y progresivo del Sistema de Control Interno Institucional se requiere establecer mejores controles en el diligenciamiento de los registros que gestiona la CRN1.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-ESC-FT-003</p>	<p>Versión:</p>	<p>8</p>	
<p>Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>					

10.4 Es necesario anotar que si bien se están adelantando actividades relacionadas con la Biovigilancia, es importante incrementar las acciones para la implementación y posicionamiento del Programa en la CRN1, especialmente, en las actividades de Promoción, con el fin de involucrar a todas las IPS trasplantadoras teniendo en cuenta que según lo reportado en el informe de la CRN1 del año 2023, los reportes están influenciados por la voluntariedad de las IPS en *el proceso de identificación y notificación de eventos adversos e incidentes relacionados con la cadena del proceso desde la donación hasta el trasplante y postrasplante y por la vigilancia pasiva*, siendo igualmente este último un factor clave a enfatizar en el programa de auditoría.

10.5 Se recomienda hacer énfasis a las IPS trasplantadoras en la oportunidad del reporte, teniendo en cuenta que, según lo reportado en el mencionado informe, la oportunidad promedio de los eventos o incidentes fue de 33 días, no atendiendo los tiempos establecidos en el manual de vigilancia de órganos del INS, donde se indica que se tendrá un tiempo máximo de reporte para eventos adversos graves de 72 horas posteriores a la detección y para incidentes 7 días.



10.6 Revisados los tiempos con respecto a la generación del informe de auditoría a las IPS y la entrega de los planes de mejoramiento es necesario que se controlen y estandaricen ya que se evidenciaron demoras en su ejecución.

10.7 Revisada la Página WEB de la entidad en la carpeta - Hospital generador de vida - se pueden consultar dos formatos y el lineamiento de la gestión operativa. En la revisión de los documentos se evidencia que el formato publicado con código SDS-PSS-FT-143 corresponde a la versión 3, la cual, se encuentra obsoleta, por lo tanto, es necesario actualizarlo en dicho espacio virtual.

10.7 Dado lo reportado por los auditados en el desarrollo de la auditoría, relacionado con el incremento de las tutelas de pacientes extranjeros no residentes y que ha fallado a favor la asignación de órganos, sin dar prioridad a los pacientes en lista de espera, es necesario que la SDS mediante el Comité Asesor o las instancias que considere pertinentes, sensibilice, difunda la normatividad vigente y haga las gestiones requeridas para evitar que este tipo de situaciones se sigan presentando.

10.8 Una vez revisada la información de las auditorias de la Coordinación Regional N1 de Donación y Trasplante se observa debidamente consolidada, sin embargo, se recomienda generar otros mecanismos de organización y control para mejorar la comprensión de la información en el momento que un tercero realice el análisis de la información, esto aunado a que el proceso debe contar con un sistema de información que mejore su accesibilidad, oportunidad, claridad y trazabilidad.

*La nomenclatura de cada numeral del informe corresponde a las Normas Internacionales de Auditoría (NIA)

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Como resultado de la auditoría, el proceso deberá cumplir con el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para la elaboración del plan de mejoramiento que tenga lugar con el fin de realizar el tratamiento adecuado a los riesgos incluyendo en las actividades el ciclo PHVA y de ser necesario realizar mesas de trabajo cuando los hallazgos acciones para abordar los riesgos involucren otras dependencias.

12. ANEXOS.

NA.

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES).

MONICA MARCELA ULLOA MAZ

MARISOL GARCIA VILLAMARIN

APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO.

OLGA LUCIA VARGAS COBOS