

Nº 12

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

Atención Banco de Sangre

Modalidad Auditoría Regular



Informe tipo:
De Auditoría
Octubre / 2020



Alcaldía de Medellín



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

Atención Banco de Sangre

Modalidad Auditoría Regular

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
Carlos Uriel López Ríos

Audidores:
José Heriberto Vargas Lema
María Janeth Agudelo Arango
Karina Marina Ruíz De la Hoz

Técnico:
Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina:
oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Oficina de Auditoría Interna
Hospital General de Medellín
Carrera 48 #32 – 102
PBX: 3847300
Medellín – Antioquia
Colombia
www.hgm.gov.co



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología Auditoria.	5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	8
1.7. Limitaciones	8
1.8. Terminología básica.	8
II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....	11
2.1. Datos Básicos	11
2.2. Fortalezas.....	11
2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	12
III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	14
3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	14
3.2. Para mejorar el proceso de Control.	19
3.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.....	20
IV. CONCLUSIONES.	22
V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	23
VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	23



PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI” y dando cumplimiento al Plan Anual de Auditoría Interna para el año 2020, nos permitimos presentar el informe correspondiente a la auditoría realizada al Proceso Atención en Banco de Sangre.

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Selección del donante, (ii). Flebotomía y preparación de muestras, (iii). Fraccionamiento de hemocomponentes, (iv). Realización de pruebas inmunológicas, (v). Certificación, liberación y almacenamiento de hemocomponentes y, (vi). Despacho de hemocomponentes contemplados en el proceso. Además se hará seguimiento a los contratos de los equipos que se encuentran en comodato dentro del Banco de Sangre.

El informe se estructura en 6 (seis) capítulos. El primero contiene las generalidades, en el segundo relacionamos resumen ejecutivo, en el tercero se detallan las observaciones y recomendaciones, en el cuarto enunciamos las conclusiones, en el quinto se plantea el plan de mejoramiento y seguimiento y, en el sexto la comunicación y socialización del informe final de auditoría.

Para fines de comprensión el informe fue sometido a la respectiva socialización y conocimiento previo por parte de los dueños y líderes de cada proceso y los resultados incluidos en el presente informe, fueron comunicados oportunamente a los niveles responsables de la ejecución del proceso los cuales expresaron su posición como auditados sobre nuestras valoraciones u observaciones técnicas; de las cuales se deja evidencia en el informe emitido.

El presente Informe se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2017-2021 “**Construimos Confianza**” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Agradecemos a los funcionarios por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida para la ejecución de la auditoría.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del Proceso de Atención en Banco de Sangre del Hospital General de Medellín a partir de verificar su conformidad, su gobierno, la gestión de riesgos y los controles adoptados para su funcionamiento y el cumplimiento de las regulaciones, además identificar la contribución de éste al logro de los objetivos estratégicos.

1.2. Alcance.

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Selección del donante, (ii). Flebotomía y preparación de muestras, (iii). Fraccionamiento de hemocomponentes, (iv). Realización de pruebas inmunológicas, (v). Certificación, liberación y almacenamiento de hemocomponentes y, (vi). Despacho de hemocomponentes contemplados en el proceso. Además se hará seguimiento a los contratos de los equipos que se encuentran en comodato dentro del Banco de Sangre.

1.2.1. Proveedor Laboratorio Abbott.

1.2.2. Proveedor Fresenius Kabi.

1.2.3 Proveedor Biocientífica Ltda.

1.3. Metodología Auditoría.

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Realización de reunión de apertura de la auditoría, para socializar el Programa Específico de Auditoría a desarrollar y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Se realiza entrevista con la Lider del Banco de Sangre.
- Se realiza entrevista con la coordinadora técnica del Banco de Sangre.
- Se hace entrevista con funcionarios que participan en el proceso.
- Reunión de cierre para formalizar informe.

1.3.2. Revisión y Análisis documental.

- Revisión y análisis de la información (Indicadores de gestión, Plan de acción, Informe cuatrimestral)
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de acción de gestión de cartera.

1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.

La Oficina de Auditoría Interna del HGM evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de Gobierno, Gestión de riesgos y Control de la organización, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos; todo ello en cumplimiento de las mejores prácticas internacionales.

1.4.1. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

La auditoría interna debe evaluar y hacer recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para:

- Tomar decisiones estratégicas y operativas.
- Supervisar la gestión de riesgos y el control.
- Promover la ética y los valores apropiados dentro de la organización.
- Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización.
- Comunicar la información de riesgo y control a las áreas adecuadas de la organización.
- Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.2. Norma Internacional de Auditoría 2120 – Gestión de Riesgos.

La auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de procesos de gestión de riesgos, con relación a lo siguiente (Norma 2120.A1):

- El logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- La fiabilidad y la integridad de la información financiera y operativa.
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones y de los programas.
- La protección de los activos, y
- Cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.

1.4.3. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.

La auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la efectividad y la eficacia de los mismos y promoviendo la mejora continua.

Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Enero 2017.

1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de su actividad la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín cuenta con los siguientes Instrumentos de Auditoría Interna:

- EV-EVC-AI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-AI001D06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

Fuente: Mapa de Procesos – Hospital General de Medellín.

1.5. Fundamento Normativo.

1.5.1. Resolución 901 de marzo 20 de 1996. Ministerio de Salud Pública.
Por la cual se adopta el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos para bancos de sangre.

1.5.2. Decreto 1571 de 1993. Presidencia de la República.
Por la cual se reglamentase reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

1.5.3. Decreto 1011 de 2006. Ministerio de la Protección Social.
Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1º.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

1.5.4. Resolución 2003 de 28 de mayo 2014. Ministerio de salud y protección Social.
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

1.5.5. Plan de Beneficios en Salud del Sistema General de Seguridad en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre de 2014.

Red de Nacional de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional: Es un sistema de integración de los bancos de sangre, instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con programas de transfusión, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Instituto Nacional de Salud, direcciones departamentales y distritales de salud y demás actores del sistema para la coordinación.

1.5.6. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Capítulo 10. Artículo 2.5.3.10.1 al 2.53.10.20.

ARTÍCULO 2.8.1.3.11. REALIZACIÓN DE PRUEBAS EN LOS BANCOS DE SANGRE Y ÓRGANOS. Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, así como las demás entidades médico asistenciales que los reciban para fines de trasplantes, deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); igualmente los bancos de sangre y hemoderivados realizarán a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas específicas para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

1.5.7. Resolución 003212 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.
Por medio de la cual se modifican unos numerales del Manual de Normas Técnica, Administrativas y de Procedimientos para Banco de Sangre, adoptado mediante Resolución 901 de 1966 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social.

- 1.5.8. Política Nacional de Sangre. Febrero de 2018. Instituto Nacional de Salud.
- 1.5.9. Lineamiento Promoción de la Donación de Sangre y Componentes Anatómicos. 19 de Julio de 2019. Instituto Nacional de Salud.
- 1.5.10. Resolución 3100 de 2019. Ministerio de Salud y Protección Social.
Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

1.6. Documentos Base.

- 1.6.1. Procedimiento selección del donante. Código: MI-AIS-BS001.
- 1.6.2. Procedimiento flebotomía y preparación de muestras. Código: MI-AIS-BS002.
- 1.6.3. Procedimiento fraccionamiento de hemocomponentes. Código: MI-AIS-BS003.
- 1.6.4. Procedimiento realización de pruebas inmunohematológicas e infecciosas. Código: MI-AIS-BS004.
- 1.6.5. Procedimiento certificación, liberación y almacenamiento de hemocomponentes. Código: MI-AIS-BS005.
- 1.6.6. Instructivo Donación Autóloga. Código MI-BS001I01.
- 1.6.7. Instructivo Campañas Extramurales. Código MI-BS001I02.
- 1.6.8. Instructivo Consentimiento informado procedimiento para su obtención. Código MI-AIS-IAS072.
- 1.6.9. Documento Derechos y Deberes de los Donantes. Código MI-AIS-BSD01.
- 1.6.10. Documento externo Normas Técnicas y Administrativas para Bancos de Sangre expedida por el Ministerio de Salud. Código MI-AIS-BS001E01.
- 1.6.11. Documento Externo Guía Nacional de Selección del Donante de Sangre. Código MI-AIS-BS001E02.
- 1.6.12. Manual de Funciones. AP-GHU-AP001M01.
- 1.6.13. Manual de Indicadores de Gestión. Código AP-INF-CA003M01.
- 1.6.14. Procedimiento Incorporación de los Activos Fijos . Código AP-GRF001.
- 1.6.15. Instructivo Ingreso de Activos Fijos. Código AP-GRF-AF002I01.
- 1.6.16. Auditoría Atención en Banco de Sangre. Diciembre 2019.

1.7. Limitaciones

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada.

1.8. Terminología básica.

▫ Aféresis.

Mecanismo que consiste en extraer sangre completa, separar y retener el componente deseado; y retornar el resto de elementos sanguíneos a la circulación del donante. Se pueden obtener glóbulos rojos, plasma y plaquetas.

▫ Almacenamiento.

Acción de ubicar y mantener en áreas determinadas, depósito, refrigeradores, congeladores, productos para su destino posterior.

▫ **Componentes sanguíneos.**

Se agrupa bajo este nombre el conjunto de derivados terapéuticos, obtenidos a partir de la separación de una unidad de sangre total, utilizando medios físicos o mecánicos.

▫ **Comodato.**

Figura comercial , donde una institución externa le presta equipos al Hospital , siempre y cuando, éste adquiera los insumos para el equipo en dicha institución.

▫ **Contrato.**

Acuerdo de voluntades con el objeto de crear derechos u obligaciones.

▫ **Control de calidad.**

Parte del aseguramiento de la calidad que asegura la toma de muestras y la realización de pruebas o ensayos para determinar la precisión y confiabilidad del personal, los equipos, los reactivos y las operaciones del banco de sangre relacionadas con la elaboración de un producto sanguíneo.

▫ **Donante voluntario.**

Persona que concurre por primera vez a donar sangre total o sus componentes, de forma voluntaria y altruista, con sentimiento de solidaridad. Sin recibir pago alguno, ya sea en efectivo o en especie y sin interés de beneficiar a una persona en particular.

▫ **Grupos sanguíneos.**

Son la demostración de antígenos expresados en las células y clasificados por sistemas.

▫ **Muestra.**

Parte de un todo, extraída con criterio racional y para asegurar que la misma represente el material a analizar.

▫ **Sello calidad.**

Es el certificado de carácter público, que se adhiere a toda unidad de sangre de las pruebas obligatorias establecidas en el Decreto 1571 del Ministerio de Salud, con resultados no reactivos.

▫ **Voluntario habitual.**

Persona que concurre a donar sangre total o sus componentes, de forma voluntaria, altruista y lo hace al menos dos veces al año. Sin recibir pago alguno, ya sea en efectivo o en especie con sentimiento de solidaridad y sin interés de beneficiar a una persona en particular. Puede haber realizado sus donaciones anteriores en otro banco de sangre.



HGM
Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Atención Banco de Sangre



II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

2.1. Datos Básicos .

Asunto	Auditoria Atención en Banco de Sangre
Entidad	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
Líder del Proceso	Ruth Elena Mosquera Chaves – Líder Banco de Sangre.
Equipo del Proceso	Diez (10) Bacteriólogos; una (1) Jefe de Enfermería; Cinco (5) Auxiliares de Banco de Sangre; Un (1) Conductor; Un (1) Ayudante.
Dependencia	Subgerencia Asistencial
Auditor Líder	Marí Janneth Agudelo Arango
Fecha	Septiembre 30 de 2020

2.2. Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- El banco de sangre cumple una gestión importante dentro del Hospital General, dado que tiene el rol de abastecimiento para los diferentes servicios hospitalarios que requieran dicho insumo vital para los pacientes.
- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención de la auditoria y se evidencia buen conocimiento tanto del proceso auditado como de las diferentes normas aplicables.
- El equipo de trabajo demuestra alto grado de compromiso y sentido de pertenencia por las diferentes actividades.
- Dotación de equipos automatizados con tecnología de punta que contribuye a mejorar la confiabilidad y seguridad de sus procesos.

2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

 HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención excelente y calidad de vida OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Construimos Confianza Auditoría Proceso Atención Banco de Sangre OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES		 Oficina de Auditoría Interna Construimos Confianza Hospital General de Medellín	
N°	Descripción	Cantidad	
1	Observaciones	10	100%
	En el Proceso de Gobierno	7	70%
	En el Proceso de Riesgos	2	20%
	En el Proceso de Control	1	10%
2	Recomendaciones	19	100%
	Para mejorar el Gobierno	9	47%
	Para mejorar la Gestión del Riesgo	7	37%
	Para mejorar el Control	3	16%

Elaboró: Equipo Auditor Líder

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de atención en banco de sangre se identificaron deficiencias en el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

 HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención Excelente y Calidad de Vida OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Construimos Confianza Auditoría Proceso Atención en Banco de Sangre Observaciones y Recomendaciones		 Oficina de Auditoría Interna Construimos Confianza Hospital General de Medellín	
N°	Observaciones	Recomendaciones	
1	El Banco de Sangre conforme a la mega institucional ha aumentado su nivel de complejidad en los pacientes que atiende, posee una bacterióloga como coordinadora técnica que apoya a la Líder del Banco de sangre en actividades administrativas que se desarrollan dentro del banco, sin embargo está coordinadora técnica no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo, estas funciones se encuentran definidas por el Instituto Nacional de Salud (INS).	<ul style="list-style-type: none"> Crear las funciones y/o actividades administrativas de la coordinadora técnica del Banco de Sangre, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar según la normatividad vigente. Es necesario recordar que esta recomendación se ha sugerido en auditorías anteriores. 	
2	En el organigrama institucional el proceso de banco de sangre se encuentra separado del proceso del Laboratorio Clínico, sin embargo el cargo que está siendo ocupado por la Líder del Banco de sangre tiene además a cargo el Laboratorio Clínico y Patología, esta situación representa un riesgo debido a que la resolución	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente. Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1. 	

	de posesión de la Lider incluye solo el proceso de Banco de Sangre.	
3	En el manual de funciones y competencias de la institución, el cargo de Líder del banco de sangre, no se encuentra actualizado con las funciones que viene desempeñando la líder del banco de sangre , solo se tienen definidas funciones para el banco de sangre queda pendiente definir las funciones para el laboratorio clínico y patología.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente. ▫ Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.
4	La auditoría observa que para la elaboración de los cuadros de turnos se piden solicitudes de turnos al equipo trabajo, lo que genera malestar en algunos de los miembros de equipo de trabajo porque esto implica modificación manual de la plantilla de turnos las cuales se generan por el aplicativo SAP.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Adaptar y/o adoptar la metodología definida en el instructivo de Asistencial Programación de Turnos Personal de Enfermería en el Laboratorio Clínico, lo que permitirá mejorar el clima laboral. ▫ Implementar la programación de los cuadros de turnos por SAP.
5	Las campañas extramurales son jornadas de donación de sangre realizadas en diferentes instituciones o empresas, el contacto con el sitio de campaña es realizada por el mismo personal del Banco de Sangre (Bacteriólogas), las cuales tienen un listado de las empresas y/o instituciones, unidades residenciales o diferentes entidades que en varias oportunidades han colaborado con esta actividad para el Hospital, la auditoria puede evidenciar que para la realización de estas jornadas no se cuenta con un programa institucional de fortalecimiento a la donación de sangre, que contribuya a la promoción e incentivación de donación de sangre con las empresas e instituciones de la ciudad, esta situación se vió agravada por la pandemia generada por el COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Diseñar y/o desarrollar programas institucional para fomentar, promover e incentivar la donación voluntaria de sangre, con diferentes personas e instituciones por dentro y fuera de la organización con el propósito de tener relaciones armónicas , que conviertan en logros las estrategias , los objetivos y las metas corporativas. ▫ Evaluar la posibilidad de asignar a una persona calificada exclusivamente para la consecución de las campañas extramurales. ▫ Hacer un análisis por Referenciación (Benchmarking) de los Bancos de Sangre en la ciudad de Medellín como sus actuales competidores del mercado para aumentar la captación de donantes de sangre.

6	<p>Observamos que el banco del sangre del HGM, asume negociaciones de comodato con tres proveedores Laboratorios Abbott, Biocientífica Ltda y Fresenius Kabi, los cuales suministran equipos necesarios para la realización de pruebas infecciosas, despacho de hemocomponentes, realización de pruebas de inmunohematología, procedimientos de plaquetaferesis, eritroaferesis y recambio plasmático entre otros; sin embargo no se evidencia el contrato suscrito de comodato de equipos de Laboratorios Abbott y Fresenius Kabi, situación que expone la informalidad de las negociaciones, y posibles riesgos jurídicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Revisar los contratos de comodato, teniendo en cuenta que los consumos y comodatos son concomitantes y dependen mutuamente, es por ello que se deben dar en el mismo momento. ▫ Evitar el uso de órdenes de compra sino suscribir contratos con formalidades plenas. ▫ Legalizar los contratos de comodato, eliminar la práctica de tener equipos médicos sin contrato. Cuando se pactan las condiciones con el proveedor de forma inmediata legalizar el contrato. ▫ Al renovar los contratos de suministros de consumos, aparejar de forma simultánea el contrato de comodato, si es via convocatoria directa se podría manejar como anexo al contrato de suministros. Para garantizar entre otros el aseguramiento de los equipos dentro de la póliza. ▫ Revisar la conveniencia de formalizar convocatoria privada o pública teniendo en cuenta las cuantías de consumibles de los contratos de comodato.
---	--	---

Elaboró: Equipo Auditor Líder.

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían permitir la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. El consolidado de observaciones y recomendaciones de la Auditoría a los contratos de cobro jurídico se presentan a continuación:

3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

El Banco de Sangre conforme a la mega institucional ha aumentado su nivel de complejidad en los pacientes que atiende, posee una bacterióloga como coordinadora técnica que apoya a la Líder del Banco de sangre en actividades administrativas que se desarrollan dentro del banco, sin embargo esta coordinadora técnica no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo, estas funciones se encuentran definidas por el Instituto Nacional de Salud (INS).

b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Documento externo Normas Técnicas y Administrativas para Bancos de Sangre expedida por el Ministerio de Salud. Código MI-AIS-BS001E01.

c. Riesgo.

- Riesgo de desinformación al no tener segregadas las funciones del coordinador técnico y de calidad del banco de sangre según la normatividad vigente.
- Incumplimiento de la normatividad.

d. Recomendación.

- Crear las funciones y/o actividades administrativas de la coordinadora técnica del Banco de Sangre, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar según la normatividad vigente. Es necesario recordar que esta recomendación se ha sugerido en auditorías anteriores.

e. Posición del auditado.

Se enviaron funciones al Dr. Jorge Uriel quien determinó que la junta directiva debía crear el cargo . Desde ese momento debido a los cambios de los líderes de gestión humana , no se ha podido lograr ningún avance en este aspecto, situación que es ajena al manejo por banco de sangre.

f. Plan de mejoramiento.

Esta actividad ya se encuentra en el plan de mejoramiento institucional, para su ejecución por parte del área de gestión humana.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

En el organigrama institucional el proceso de banco de sangre se encuentra separado del proceso del Laboratorio Clínico, sin embargo el cargo que está siendo ocupado por la Líder del Banco de sangre tiene además a cargo el Laboratorio Clínico y Patología, esta situación representa un riesgo debido a que la resolución de posesión de la Líder incluye solo el proceso de Banco de Sangre.

b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Organigrama Institucional.
- Resolución 3100 del 2019. Talento Humano pág. 129.

c. Riesgo.

- Posibles demandas.
- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.

d. Recomendación.

- Actualizar y/o ajustar el organigrama institucional conforme al manual de Funciones vigente.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

e. Posición del auditado.

Esta actividad es ajena al Banco de Sangre.

f. Plan de mejoramiento.

Esta actividad ya se encuentra en el plan de mejoramiento institucional, para su ejecución por parte del área de gestión humana.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

En el manual de funciones y competencias de la institución, el cargo de Líder del banco de sangre, no se encuentra actualizado con las funciones que viene desempeñando la líder del banco de sangre , solo se tienen definidas funciones para el banco de sangre queda pendiente definir las funciones para el laboratorio clínico y patología.

b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.

c. Riesgo.

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.

d. Recomendación.

- Actualizar el Manual de Funciones de la institución, con las funciones de la Líder del Banco de Sangre y del Laboratorio Clínico y Patología.

e. Posición del auditado.

Esta actividad es ajena al Banco de Sangre.

f. Plan de mejoramiento.

Esta actividad ya se encuentra en el plan de mejoramiento institucional, para su ejecución por parte del área de gestión humana.

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

La auditoría observa que para la elaboración de los cuadros de turnos se piden solicitudes de turnos al equipo trabajo, lo que genera malestar en algunos de los miembros del equipo de trabajo porque esto implica modificación manual de la plantilla de turnos las cuales se generan por el aplicativo SAP.

b. Criterios.

- Instructivo Asistencial Programación de Turnos Personal de Enfermería. Código: MI-AIS-IASS03.

c. Riesgo.

- Limitación en la disponibilidad de personal para el banco de sangre.
- Disminución en la productividad del servicio.

d. Recomendación.

- Adaptar y/o adoptar la metodología definida en el instructivo de Asistencial Programación de Turnos Personal de Enfermería en el Laboratorio Clínico, lo que permitirá mejorar el clima laboral.
- Implementar la programación de los cuadros de turnos por SAP.

e. Posición del auditado.

El Banco de Sangre ya cuenta con esta actividad y se ajusta de acuerdo a la programación de campañas, restricciones del personal, permisos por condiciones médicas e imprevistos o novedades.

f. Plan de mejoramiento.

No aplica.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

El Banco de Sangre , posee una bacterióloga como coordinadora de la calidad que apoya a la Líder del laboratorio en actividades de calidad, autoevaluación y autocontrol que se desarrollan dentro del banco de sangre , sin embargo está coordinadora de calidad no tiene definido su rol y funciones dentro del mismo.

b. Criterios.

- Manual de funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.

c. Riesgo.

- Fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.

d. Recomendación.

- Crear las funciones y/o actividades relacionadas con la calidad de la coordinadora de calidad del Banco de Sangre, que permitan determinar la segregación de funciones y roles a desempeñar.

e. Posición del auditado.

Se enviaron funciones al Dr. Jorge Uriel quien determinó que la junta directiva debía crear el cargo . Desde ese momento debido a los cambios de los líderes de gestión humana , no se ha podido lograr ningún avance en este aspecto, situación que es ajena al manejo por banco de sangre.

f. Plan de mejoramiento.

Esta actividad ya se encuentra en el plan de mejoramiento institucional, para su ejecución por parte del área de gestión humana.

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción.

El proceso de del banco de sangre cuenta con 10 indicadores de gestión, no obstante los indicadores que se presentan en el plan de acción no coinciden con los planteados en el plan de acción institucional, lo que impide determinar si el proceso están siendo exitoso o si se están cumpliendo con los objetivos institucionales.

b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Código AP-INF-CA003M01.
- Plan de Acción 2020.

c. Riesgo.

Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.

d. Recomendación.

- Revisar y/o ajustar los indicadores de gestión con los del plan de acción, de manera que permita evaluar desempeño y resultados del proceso.

e. Posición del auditado.

Se evaluara la pertinencia de unificar los indicadores de gestión con la presentación en el plan de de acción.

f. Plan de mejoramiento.

Se evaluara la pertinencia de unificar los indicadores de gestión con la presentación en el plan de de acción.

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

La auditoría al revisar la matriz de riesgos del proceso, puede verificar que los riesgos se encuentran actualizados incluyendo los riesgos de corrupción con sus respectivos controles , no obstante durante el año 2020 no se ha realizado el respectivo seguimiento.

b. Criterios.

- Programa de Riesgos.
- Mapa de procesos.
- Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Reprocesos.
- Insatisfacción del usuario.
- Credibilidad de la institución.

d. Recomendación.

- Realizar el seguimiento de los riesgos del proceso para evaluar la efectividad de sus controles y plantear mejoras en el proceso.

e. Posición del auditado.

- Se ha estado realizando de acuerdo al cronograma de trabajo de los gestores de riesgo con la asesora Katerine Madrid.

f. Plan de mejoramiento.

- La institución definió un grupo de gestores de riesgos como líderes de riesgos en los diferentes procesos.

3.2. Para mejorar el proceso de Control.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

Las campañas extramurales son jornadas de donación de sangre realizadas en diferentes instituciones o empresas, el contacto con el sitio de campaña es realizada por el mismo personal del Banco de Sangre (Bacteriólogas), las cuales tienen un listado de las empresas y/o instituciones que en varias oportunidades han colaborado con esta actividad para el Hospital, la auditoría puede evidenciar que para la realización de estas jornadas no se cuenta con un programa institucional de fortalecimiento a la donación de sangre, que contribuya a la promoción e incentivación de donación de sangre con las empresas e instituciones de la ciudad, esta situación se vio agravada por la pandemia generada por el COVID-19.

b. Criterios.

- Instructivo Campañas Extramurales. Código MI-AIS-BS001I02.
- Programa de Comunicaciones. Código ES-PLI-GHP003P01.

c. Riesgo.

- Desaprovisionamiento de Hemocomponentes.
- Ineficacia en jornadas extramurales de donación de sangre.
- Probables pérdidas económicas.

d. Recomendación.

- Diseñar y/o desarrollar programas institucional para fomentar, promover e incentivar la donación voluntaria de sangre, con diferentes personas e instituciones por dentro y fuera de la organización con el propósito de tener relaciones armónicas, que conviertan en logros las estrategias, los objetivos y las metas corporativas.
- Evaluar la posibilidad de asignar a una persona calificada exclusivamente para la consecución de las campañas extramurales.
- Hacer un análisis por Referenciación (Benchmarking) de los Bancos de Sangre en la ciudad de Medellín como sus actuales competidores del mercado para aumentar la captación de donantes de sangre.

e. Posición del auditado.

- En ejecución en compañía de Jairo Corrales con quien se está trabajando: Bases de datos de campañas y donantes para conformar redes de donación, protocolo de bioseguridad para enviar a las instituciones o unidades residenciales que así lo requieran e instructivo para programación de campañas

f. Plan de mejoramiento.

- Ya se cuenta con la oportunidad de mejoramiento dentro del plan de mejoramiento institucional: Fortalecimiento de estrategias de apoyo logístico para aumentar la disponibilidad de hemocomponentes

3.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción.

La auditoría en visita de campo puede observar que se presentan dificultades con los inventarios de los insumos que se solicitan por el aplicativo MRP, llegando en algunas oportunidades a tener mínimos insumos y en otros máximos de insumos, lo que impide tener un control efectivo de los inventarios, es de anotar que este pedido aunque se genera desde el banco de sangre es tramitado y liberado por el área de apoyo logístico y, el despacho y entrega es realizado por el área de farmacia..

b. Criterios.

- Procedimiento Planeación de la Adquisición de Bienes y Servicios. Código AP-GRF-BI001.

c. Riesgo.

- Probables pérdidas económicas.
- Desabastecimiento de insumos.

d. Recomendación.

- Realizar la gestión del pedido de la manera más oportuna.
- Mantener el nivel óptimo de inventario para satisfacer las necesidades de los diferentes servicios de la institución.

e. Posición del auditado.

- Se evidencia que hay inconvenientes con el área de suministros específicamente por falta de presupuesto, situación que no esta al control del banco de sangre.

f. Plan de Mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 10.

a. Descripción.

Observamos que el banco del sangre del HGM, asume negociaciones de comodato con tres proveedores Laboratorios Abbott, Biocientífica Ltda y Fresenius Kabi, los cuales suminsitran equipos necesarios para la realización de pruebas infecciosas, despacho de hemocomponentes, realización de pruebas de inmunohematología, procedimientos de plaquetaféresis y recambio plasmático entre otros; sin embargo no se evidencia el contrato suscrito de comodato de equipos de Laboratorios Abbott y Fresenius Kabi, situación que expone la informalidad de las negociaciones, y posibles riesgos jurídicos.

A continuación relacionamos el proveedor, los equipos, el proceso y sus respectivos consumibles:

		HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención excelente y calidad de vida OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Construimos Confianza Auditoría Banco de Sangre Equipos médicos en comodato		
NUMERO	PROVEEDOR	EQUIPO	PROCESO	CONSUMIBLES
1	LABORATORIOS ABBOTT	ARCHITECT I2000	Realización de pruebas infecciosas	Solución trigger solución pre-trigger Solución de lavado Celdas de reacción Copitas de muestra Controles (dos por cada prueba, uno positivo y uno negativo para un total de 14) Calibradores (uno por cada prueba. La prueba de Reactivo para HIV I/II Reactivo para Hep C Reactivo para Hep B core Reactivo para Hep B agS Reactivo para sífilis Reactivos para chagas Reactivo para HTLV I/II Agua desionizada con lectura de pH
		5 Impresoras Zebra	Realización de pruebas infecciosas Despacho de hemocomponentes	Stickers pequeños y medianos
		5 computadores de mesa	Atención a donantes	
2	FRESENIUS KABI	AMICUS (2)	Procedimientos de plaquetaféresis y recambio plasmático	Kit de plaquetaféresis Kit de plasmaféresis Solución intersol Solución anticoagulante Solución salina 1000cc
		ALYX (1)	Procedimientos de eritroaféresis	Kit de eritroaféresis
		Separadores COMPOMAT (3)	Fraccionamiento de hemocomponentes	Bolsas de colección de sangre triples con filtro (Composelect)
		Balanzas Compoguard (4)	Flebotomía	
		Centrifugas refrigeradas (2)	Fraccionamiento de hemocomponentes	
		Un computador on el software CompoMaster	Fraccionamiento de hemocomponentes	
		Televisor	Atención donantes de aféresis	
		Hematrones (4)	Fraccionamiento de hemocomponentes Despacho de hemocomponentes	
		Agitador de plaquetas Presvac	Almacenamiento de componentes	
Conector estéril	Fraccionamiento de hemocomponentes Despacho de hemocomponentes	Compodock		

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor

b. Criterios.

- Procedimiento Incorporación de los Activos Fijos. Código AP-GRF-AF001.
- Instructivo Ingreso de Activos Fijos. Código AP-GRF-AF002I01.

c. Riesgo.

- Los equipos no están asegurados, y por la mera tenencia la responsabilidad compartida en caso de avería, hurto o daño.
- El proveedor podría retirar el equipo, afectando la operación del banco de sangre.

d. Recomendación.

- Revisar los contratos de comodato, teniendo en cuenta que los consumos y comodatos son concomitantes y dependen mutuamente, es por ello que se deben dar en el mismo momento.
- Evitar el uso de órdenes de compra sino suscribir contratos con formalidades plenas.
- Legalizar los contratos de comodato, eliminar la práctica de tener equipos médicos sin contrato. Cuando se pactan las condiciones con el proveedor de forma inmediata legalizar el contrato.
- Al renovar los contratos de suministros de consumos, aparejar de forma simultánea el contrato de comodato, si es vía convocatoria directa se podría manejar como anexo al contrato de suministros. Para garantizar entre otros el aseguramiento de los equipos dentro de la póliza.
- Revisar la conveniencia de formalizar convocatoria privada o pública teniendo en cuenta las cuantías de consumibles de los contratos de comodato.

e. Posición del auditado.

- La realización, legalización y seguimiento de los contratos de comodato no dependen del banco de sangre. Es una actividad de contratación .

f. Plan de Mejoramiento.

IV. CONCLUSIONES.

- 4.1 Las transfusiones de sangre y de sus componentes constituyen el tratamiento más utilizado para corregir las pérdidas de sangre agudas y las anemias crónicas, en consecuencia, el donante es el primer eslabón de la cadena y es el que hace posible la transfusión sanguínea.
- 4.2 La necesidad de disponer de sangre para transfundir es cada vez mayor, debido al incremento de la población, los adelantos científicos, los accidentes, la problemática del conflicto armado y en especial por el aumento de pacientes con patologías como el cáncer, los cuales requieren transfusiones frecuentemente.
- 4.3 La pandemia generada por el COVID-19 representa un reto para el proceso del banco de sangre, es primordial generar estrategias que permitan aumentar la captación de donantes de sangre. Estas estrategias se deben mantener en el tiempo.

- 4.4 Evaluar el entorno externo del sector salud, específicamente el sector de los Bancos de Sangre en Colombia, en Medellín y Valle de Aburra , buscando alianzas que permitan a futuro la creación de un Hemocentro.

V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez en firme, el responsable del proceso auditado, elaborará con su equipo de trabajo la formulación del Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, en un término de diez (10) hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimensual del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe correspondiente; además como valor agregado se realizará una labor de consultoría y acompañamiento del proceso auditado.

VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: “Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”.

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Preparó: **Karina Ruíz De la Hoz,**
Profesional de Auditoría Interna.
María Janneth Agudelo
Profesional de Auditoría Interna.
Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**
Jefe de Auditoría Interna.

